Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4–5 Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 ℳ, ins Ausland 7.50 ℳ. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Berlin. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 41. 9. October 1900. Redaction: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 47. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem k. Garnisonslazareth München.

Ueber die ersten Anfänge der idiopathischen Herzvergrösserung und die Bedeutung der dilatativen Herzmuskelschwäche für die Militärdiensttauglichkeit.*)

Von Dr. Eugen Wolffhügel, Stabsarzt im 4. ostasiatischen Infanterie-Regiment, vormals commandirt zur medicin. Klinik des Herrn Geheimrath v. Ziemssen.

Aerztliche Heilerfolge sind in erster Linie abhängig von der Frühzeitigkeit der Diagnosenstellung. Die Erkennung der Krankheit im Entstehungsstadium ist bei allen Erkrankungen, die ohne acutes Einsetzen einen chronischen Verlauf nehmen, ebenso schwierig, wie werthvoll bezüglich des Heilerfolges. Steht die Katastrophe erst vor der Thüre oder ist sie gar schon eingetreten, dann kommt in der Regel ärztliche Hilfe zu spät. Wollen wir uns eines überlegenen Gegners erwehren, dann müssen wir ihn angreifen, bevor er seine Streitkraft entwickelt hat.

Erfolgreiche Abwehr einer Krankheit setzt unbedingt die Kenntniss ihrer frühesten Symptome voraus. Gerade die gegenwärtige Zeit, in der wir gegen die verheerendste aller Krankheiten, die Tuberculose, den Kampf mit allen Mitteln aufgenommen haben, führt uns die Nothwendigkeit der Kenntniss der Frühsymptome als erste Bedingung für den Heilerfolg so recht vor Augen. Das Verlangen, die Krankheit im Keime zu ersticken, hat denn auch in den letzten Jahren zu einer ausserordentlich werthvollen Erweiterung des Symptomencomplexes der Frühform der Tuberculose geführt. Aber auch gegen nicht infectiöse chronische Krankheiten vermögen wir viel, wenn wir sie rechtzeitig erkennen und uns zur Bekämpfung in ihren Anfangsstadien gerüstet halten.

In diesem Sinne schien es mir eine dankbare Aufgabe zu sein, am Krankenbette diejenigen Krankheitszeichen genauer zu studiren, welche bei Fällen idiopathischer Herzerkrankung leichterer Art, bei vorübergehender Erweiterung des Herzens mit oder auch ohne Massenzunahme seiner Musculatur zur Beobachtung kommen. Dieses Studium bietet ja besonderes Interesse im Hinblick auf die ungeheure Zunahme der Herzerkrankungen in dem letzten Jahrzehnt, nicht weniger mit Rücksicht auf die zweifellos bestehende Vererblichkeit dieser Krankheiten von Eltern auf Kinder. Ich ging bei der Inangriffnahme vorliegender Arbeit von der Ueberzeugung aus, dass die schweren, oft mit plötzlichem Tod ablaufenden Fälle von idiopathischer Herzerkrankung immer seltener, dass die Lebensdauer solcher Kranker um ein Bedeutendes verlängert werden wird, wenn wir in der Lage sind, den Beginn der schleichend verlaufenden Krankheit des Herzens in seinen allerersten Anfängen zu erkennen, und darnach so früh, als nur immer möglich, entsprechende Behandlung einzuleiten, bezw. dem Patienten Verhaltungsmaassregeln für die ganze Dauer seines Lebens zu geben.

Wie empfindlich der Verlust unserer bayerischen Armee durch die Herzkrankheiten in den letzten Jahren geworden ist, mag daraus ersichtlich sein, dass der Abgang wegen Herzkrankheiten in den letzten 10 Jahren um mehr als das Doppelte angestiegen ist.

Es dürfte wohl kaum eine Berufsart zum Studium der idiopathischen Herzerkrankungen geeigneter sein, als der active Soldatenstand. All' die Einwände, welche lange Zeit von den an der Möglichkeit einer primären Dehnbarkeit und Massenzunahme des Herzens zweifelnden Autoren in's Feld geführt wurden, können bei Soldaten des activen Dienststandes von vornherein abgelehnt werden: Der active Soldat steht in einem Lebensalter, in welchem Altersveränderungen ausgeschlossen sind; die ärztliche Untersuchung beim Dienstantritt und die fortgesetzte ärztliche Controle, unter der er vom ersten Tage seiner Dienstleistung bis zu seiner Entlassung aus dem Militärdienste steht, ist eine so umfassende und genaue, dass in keinem Falle von idiopathischer Herzerkrankung eine etwaige Erkrankung eines anderen Organes, die erfahrungsgemäss secundär zu einer Herzerkrankung führen kann, je der ärztlichen Beobachtung entgehen dürfte. Andererseits fehlt es ja beim Militärdienste auch in Friedenszeiten nicht an Gelegenheitsursachen, welche das Auftreten einer acuten idiopathischen Erkrankung des Herzens zur Folge haben können.

So sind denn auch unsere Kenntnisse über diese Krankheiten des Herzens wesentlich gefördert worden durch Mittheilungen aus der militärärztlichen Praxis. Unter den englischen Autoren sind besonders zu nennen Maclean und Myers, von deutschen Forschern haben Thurn und vor Allem Fraentzel besondere Verdienste, und von Amerikanern hat da Costa werthvolle Berichte geliefert.

Selbstredend kommen diese Krankheitszustände auch bei der Civilbevölkerung vor und ich halte mich im Hinblick auf eigene Beobachtungen in der Militärpraxis zur Vermuthung berechtigt, dass sie auch bei der Civilbevölkerung häufiger vorkommen, als man anzunehmen pflegt. Im Civilleben kommt eben dem Patienten das Anfangsstadium seiner Krankheit nicht oder so wenig zum Bewusstsein, dass er höchst selten sich entschliesst, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Wenn zuvor begonnen wurde, Autoren namhaft zu machen, die sich um die Entwicklung der Lehre der idiopathischen Herzerkrankungen verdient gemacht haben, dann dürfen Namen nicht fehlen wie: J. Bauer, Bollinger, Buhl, Curschmann, Gerhard, Jürgensen, Krehl, v. Leyden, Liebermeister, Münzinger, E. Ott, Rieder, Romberg, Schott, Seitz, und von französischen Autoren: Bernheim, Sée und Spielmann. Heutzutage ist die Literatur so reich an casuistischen Mittheilungen dieser Krankheitsarten, es hat die Lehre von der idiopathischen Herzvergrösserung eine so gediegene und feste Grundlage erhalten, dass zweifelnde Stimmen kaum mehr Gehör finden dürften. Viel fehlt freilich am vollständigen Ausbau dieser Lehre und es wird wohl noch langen Studiums und zahlreicher scharfer Beobachtungen bedürfen, bis all' die noch offen stehenden Fragen beantwortet sein werden. Am wenigsten gekannt sind gerade die Anfangsstadien der rein idiopathischen Herzvergrösserung; einen besonders strittigen Punkt bildet bekanntlich schon lange und immer noch die Frage: Ist bei der idiopathischen dilatativen Massenzunahme des Herzens die Massenzunahme der Musculatur oder die Erweiterung der Herzhöhlen der primäre Zustand? Ich habe schon seit längerer Zeit besonderes Augenmerk auf diese

*) Nach Vorträgen, gehalten im k. Operationscurs für Militärärzte an einberufene Sanitätsofficiere des Beurlaubtenstandes im Juli 1900.

Frage gerichtet; bei der relativen Häufigkeit der im Münchener Garnisonlazareth zur Behandlung kommenden diesbezüglichen Fälle hat man Gelegenheit genug, derartige klinische Beobachtungen zu machen.

Es würde zu weit führen, wollte ich hier über den heutigen Stand unseres Wissens über die acute Dehnbarkeit des Herzens und die Massenzunahme seiner Musculatur referiren; ich beschränke mich darauf, auf die sehr dankenswerthe und erschöpfende Arbeit von Rieder zu verweisen: „Zur Kenntniss der Dilatation und Hypertrophie des Herzens in Folge von Ueberanstrengung und der idiopathischen Herzerkrankungen überhaupt" (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 55). In der Einleitung dieser Arbeit führt Rieder als Grund für die Häufigkeit von Herzkrankheiten überhaupt (nicht nur der idiopathischen) hier in München 2 Gründe an: Das Bierpotatorium und den Gelenkrheumatismus; bei der Entstehung der idiopathischen Erkrankungen des Herzens komme ausser dem Biergenuss auch der Bergsport in Betracht, der wegen der Nähe des Gebirges hier in München sehr verbreitet ist. Rieder lehnt es aber ausdrücklich ab, den Alkohol als in erster Linie krankmachenden Factor zu bezeichnen, wie dies oft geschieht. Nach eigenen Erfahrungen muss ich Rieder voll beipflichten, denn bei den zahlreichen von mir beobachteten Fällen lag höchst selten Potatorium vor. Meines Erachtens darf man dem hier landesüblichen Bierconsum an und für sich allein eine krankmachende Wirkung auf das Herz eines Gesunden nicht in dem Maasse zuschreiben, als dies gewöhnlich geschieht. So häufig sind die Fälle von sogen. Bierherzen hier in München denn doch nicht, als man es füglich erwarten müsste bei der oft ungeheuren Menge Bieres, die hier der Mann der arbeitenden Classe, besonders in bestimmten Berufsclassen täglich zu sich nimmt. Zweifellos kommen Fälle vor, bei denen das täglich genossene Bierquantum bei der Erhebung der Anamnese dem untersuchenden Arzt so sehr imponirt, dass er fast unwillkürlich dem Biergenuss allein die krankmachende Rolle zuschreibt. Meines Erachtens sollte man dabei nicht so exclusiv sein, denn es wird wohl in den meisten Fällen gelingen, noch andere aetiologische Momente aufzufinden, die vielleicht als Krankheitserzeuger viel schwerwiegender sind, als der Biergenuss an und für sich. Unter diesen möchte ich an eine Schädigung des Herzens durch früher überstandene Infectionskrankheiten, ganz besonders aber auch an die Fettleibigkeit erinnern, die ja gerade bei Biertrinkern sehr häufig vorkommt. In dem klinisch-casuistischen Theile der berühmten Festschrift von Bauer und Bollinger: „Ueber idiopathische Herzvergrösserungen" finden wir bei auffallend vielen Fällen von Herzvergrösserung durch Bierpotatorium im Befunde einen Vermerk über starke allgemeine Fettablagerung, und wo dieser ausdrückliche Vermerk fehlt, kann man oft aus Bezeichnungen, wie: sehr guter Ernährungszustand, sehr kräftiger Körper ungezwungen auf abnorme Ablagerung von Fett einen Schluss ziehen. Diese Fettleibigkeit als gelegentlicher Folgezustand übermässigen Bierconsums scheint mir bei der Beurtheilung des Einflusses des Biertrinkens auf das Herz bisher nicht in der verdienten Weise gewürdigt worden zu sein. Als schädliches Agens beim Bierconsum pflegt beschuldigt zu werden: der Alkohol in erster Linie, dann die Flüssigkeitsmenge, ferner die Kalisalze, wohl auch die Bitterstoffe des Bieres. Meines Erachtens spielen die im Bier gelösten Kohlehydrate, wenn sie zu reichlichem allgemeinen Fettansatz geführt haben, eine ganz hervorragende Rolle beim Zustandekommen des sogen. Bierherzens: Auf eine Massenzunahme des Körpervolumens durch Fettansatz reagirt das Herz zur Bewältigung der gesteigerten Arbeit auch seinerseits mit einer Volumsvergrösserung. Ob diese letztere nun in ihren allerersten Anfängen in einer Erweiterung der Herzhöhlen oder aber in einer Massenzunahme der Musculatur zum Ausdruck gelangt, wird auf den einzelnen Fall ankommen; jede plötzlich an die Leistungsfähigkeit des Herzens eines solchen durch Biergenuss fettleibig gewordenen Individuums gestellte Mehraufgabe (z. B. durch übermässige Muskelarbeit oder auch durch rein nervöse Einflüsse) wird eine acute Dilatation dann zur Folge haben, wenn der Herzmuskel nicht zuvor schon für die Leistung dieser ausserordentliehen Arbeit tauglich gemacht, d. h. hypertrophirt ist. Es ist meines Erachtens ein Ding der Unmöglichkeit, im einzelnen Falle in vivo zu entscheiden, ob diese Dilatation ein in seiner Wandung völlig normales Herz befallen hat oder aber, ob nicht doch schon vor der acuten Dehnung eine leichte Hypertrophie vorhanden war, als nothwendige Reaction des Herzmuskels auf die Zunahme des Körpervolums und dadurch bedingte Steigerung der peripheren Kreislaufwiderstände. Wer vermag von einem dilatirten lebenden Menschenherzen mit absoluter Sicherheit zu sagen, ob es hypertrophisch ist oder nicht? Die Dilatation können wir sicher feststellen, sind aber mit unseren klinischen Untersuchungsmethoden nicht im Stande, ohne Weiteres am dilatirten Herzen Bestehen oder Fehlen einer Hypertrophie zu diagnosticiren. Auch Blutdruckbefunden möchte ich zur Entscheidung dieser Frage keinen absolut zuverlässigen Werth beimessen. Es scheint mir auch für den praktischen Fall nicht unbedingt nothwendig, zu wissen, ob neben einer Dilatation noch eine mässige Hypertrophie des Herzens besteht, sondern es dürfte genügen, festzustellen, dass die Muskelwände gedehnt sind, dass das Herz in einen Zustand der momentanen Schwäche verfallen ist. Für die erste Behandlung der acuten Dilatation ist es jedenfalls gleichgiltig, ob das Herz nebenbei auch noch hypertrophisch ist oder nicht; ist die Dilatation erst zurückgegangen, ist der acute Schwächezustand des Herzens erst beseitigt, dann wird es ja nicht schwer sein, eine Hypertrophie festzustellen oder auszuschliessen.

Verfolgen wir nun weiter die ersten Ursachen zur Entstehung idiopathischer Herzerweiterung.

Die bisher in der Literatur verzeichneten Fälle von acuter Dilatation des Herzens durch Ueberanstrengung weisen alle eine entweder einmalige oder auch öfter wiederholte, aber immer eine ausserordentliche Kraftleistung als Entstehungsursache auf.

Auch Fraentzel (Virch. Arch., Bd. 57, S. 275) hält das Zustandekommen idiopathischer Herzkrankheiten bei Soldaten nur möglich als Folge von übermässigen Anstrengungen, wie sie nur ein besonders strapaziöser Feldzug mit sich bringen könne; Fraentzel führt aus, er habe niemals während seiner Dienstzeit, obgleich er darauf achtete, nach Marschübungen und selbst nicht während der Kriege von 1864 und 1866 idiopathische Herzhypertrophien zur Entwicklung kommen sehen; dass sie vorkommen können, müsse er aus theoretischen Gründen zugeben, doch — fährt Fraentzel fort — werden in der Jetztzeit im Frieden deutscher Truppen solche Ueberanstrengungen wohl sicher niemals zugemuthet.

Nach eigenen an Soldaten des activen Dienststandes gemachten Erfahrungen aber ist zum Zustandekommen einer acuten Herzdilatation durchaus nicht immer eine übermässige körperliche Kraftleistung erforderlich: Ein muskelschwaches Herz kann bei Anstrengungen, wie sie das alltägliche Leben mit sich bringt, dilatiren, und zwar, was von besonderer Bedeutung ist, ohne dass es dem Individuum zum Bewusstsein kommt. Wir werden daher, wenn wir von Ueberanstrengung des Herzens reden, den Begriff „Ueberanstrengung" immer nur relativ nehmen dürfen, wie dies ja auch in der eingebürgerten Krankheitsbezeichnung: Ueberanstrengung „des Herzens" zum Ausdruck kommt. Bei Soldaten mit sehr starker Skeletmusculatur und sehr kräftigem Körperbau ohne besonders starken Fettansatz, bei jungen Leuten, bei denen man nach ihrer allgemeinen Constitution die hervorragendsten Kraftleistungen erwarten dürfte, habe ich oft nach ganz minimalen Marschleistungen acute Erweiterung beider Herzkammern entstehen sehen, theils ohne, theils mit oft sogar beträchtlichen Stauungserscheinungen (Leber- und Milzschwellung, Hydrops, Albuminurie). Von einer Ueberanstrengung im absoluten Sinne des Wortes konnte in diesen Fällen keine Rede sein; es handelte sich nicht etwa um eine Ueberanstrengung der Mannschaften, sondern um eine Ueberanstrengung muskelschwacher Herzen.

Soweit ich die Literatur übersehe, ist Rieder (l. c.) der einzige deutsche Autor, der noch auf die Möglichkeit aufmerksam machte, dass bei dilatativer Herzschwäche, bevor es in Folge einer grösseren Anstrengung zu Herzerweiterung mit Stauungserscheinungen kommt, leichtere derartige Attaquen in früherer Zeit schon bestanden haben, aber seitens des Patienten nicht weiter beachtet wurden.

Schon vor Rieder hat von französischen Autoren Sée die Ansicht ausgesprochen, dass bei Individuen, an welchen der Zustand der Herzermüdung zu beobachten ist, das Herz schon längere Zeit vorher nicht normal gewesen sei.

Dass aber bei herzschwachen Individuen solche Attaquen von acuter Herzdehnung, die dem Patienten überhaupt nicht zum Bewusstsein gelangen, bei relativ geringen körperlichen An-

strengungen nicht nur denkbar möglich sind, sondern thatsächlich vorkommen, beweisen mir zahlreiche eigene Beobachtungen.

Um hier gleich bei der Aetiologie der bei Soldaten vorkommenden acuten Herzdilatation zu verweilen, will ich weiter auf eine von Rieder (l. c.) vorgebrachte und wohl auch sonst weiter verbreitete Anschauung näher eingehen, dass nämlich bei Soldaten neben der vermehrten körperlichen Leistung auch die bei ihnen häufig zu beobachtende übermässige Alkoholzufuhr als ursächliches Moment namhaft zu machen sei. Nach eigenen Erfahrungen ist Beides nicht ganz zutreffend. Wie schon oben gesagt, brauchen die körperlichen Leistungen bei Ausübung des militärischen Dienstes durchaus nicht vermehrt zu sein, um gelegentlich eine acute Herzerweiterung herbeizuführen; schon ganz geringe Anstrengungen, wie sie auch im bürgerlichen Leben tagtäglich vorkommen können, reichen unter bestimmten Voraussetzungen aus, einen acuten Anfall von dilatativer Herzschwäche auszulösen. Bei vermehrten militärischen Leistungen, wie sie wohl in Friedenszeiten aussergewöhnlich vorkommen, wie langdauernde, anstrengende Manövermärsche u. s. w. kommen viel weniger idiopathische Herzvergrösserungen vor, wie in der Rekrutenausbildungsperiode, wo die körperlichen Leistungen relativ geringer, aber, und darauf kommt es an, den jungen Rekruten meist noch ungewohnte sind. Der Grund dafür ist wohl darin zu suchen, dass die Herzschwachen schon im Anfang ihrer Dienstzeit ausgemustert und aus dem Militärdienst als unbrauchbar wieder entlassen sind, ehe die besonders grossen Anforderungen, z. B. während der Manöver, an die Mannschaften gestellt werden. Wer also die Ausbildungsperiode, d. h. die Rekrutenzeit, gut übersteht, dessen Herz ist bis zur Manöverzeit so gut trainirt, dass es auch hochgestellten Anforderungen gewachsen ist, ohne zu dilatiren. Fällt aber diese Trainirzeit ganz aus, oder liegt sie zeitlich weit hinter der besonders grossen Anstrengung, wie bei Uebungen der Landwehrleute, zurück, dann kann wohl das Herz versagen. So habe ich bei den zu militärischen Uebungen eingezogenen Reservisten und Landwehrleuten verhältnissmässig viel mehr Marschkrankheiten, i. e. in den allermeisten Fällen Insufficientia cordis entstehen sehen, als bei den activen, ausgebildeten, also gut trainirten Mannschaften. Diese Thatsache, die ja auch bei Miliztruppen in Feldzügen, z. B. im amerikanischen Freiheitskriege beobachtet wurde, scheint mir ein bedeutsamer Beweis zu sein sowohl für den Vorzug der stehenden Heere gegenüber den Söldnertruppen, wie auch für die Nothwendigkeit des sogen. militärischen Drills, d. h. der allmählichen systematischen Heranziehung unserer Mannschaften von Anfangs kleineren zu immer grösser werdenden körperlichen Leistungen. Unser modernes militärisches Ausbildungssystem ist also auf guter physiologischer Grundlage, auf dem wichtigen Gesetze aufgebaut, dass die Organe, hier das Herz, zu aussergewöhnlichen Arbeitsleistungen nur durch allmähliche Gewöhnung befähigt werden könne. Also übermässige Kraftleistungen kommen bei der Entstehung acuter Herzdilatationen bei Soldaten nicht in erster Linie in Betracht.

Es entspricht fernerhin nicht ganz den thatsächlichen Verhältnissen, dass übermässige Alkoholzufuhr bei Soldaten so häufig zu beobachten wäre, wie dies Rieder annimmt. Abgesehen davon, dass es den Mannschaften an Zeit, zu allermeist auch an Geld fehlt, wird von den vorgesetzten Stellen Mässigkeit im Trinken streng überwacht. Dass man gelegentlich einen betrunkenen Soldaten zu sehen bekommt, wird ja nie zu vermeiden sein, aber das gewohnheitsmässige Trinken wird durch den Militärdienst eher beseitigt, als gefördert. So erfahren wir denn auch bei der Erhebung unserer Anamnesen bezüglich des Bierpotatoriums häufig von unseren Patienten, dass sie vor ihrer Diensteinstellung oft 10—15 Liter Bier täglich zu sich genommen hatten, während seit Beginn der activen Dienstzeit nur mehr 2—3 Liter Bier täglich getrunken werden.

Es gibt hingegen andere Momente, welche bei Soldaten acute Herzschwäche viel eher hervorzubringen im Stande sind, als körperliche Ueberanstrengung und Alkoholmissbrauch, dies sind die Störungen der Athmung. Solche Athmungshindernisse, die den Kreislauf stören können, wurden gesetzt durch die bisherige als durchaus unzweckmässig zu bezeichnende Uniformirung (enger Kragen, eng anliegender Rock), dann auch durch das Tragen der nun einmal nicht zu entbehrenden schweren Ausrüstungsgegenstände, insbesondere die den intraabdominellen Druck vermehrende und dadurch die Athmung behindernde Säbelkuppel, zumal, wenn zwei beladene Patrontaschen an ihr hängen, der schwer bepackte Tornister, der die Ausdehnungsfähigkeit des Thorax herabsetzt und dadurch den Gaswechsel stört. Aber an all' diese gefahrdrohenden Eigenthümlichkeiten, welche der militärische Dienst mit sich bringt, accommodirt sich bei rationellem Training ein von Hause aus intactes Herz.

Im Kriegsdienste kommen noch Entbehrungen aller Art in Betracht, insbesondere unzureichende Ernährung, psychische Einflüsse, das Nervensystem schwer erschütternde Eindrücke, wie dies schon von vielen anderen militärischen Autoren hervorgehoben worden ist. Es unterliegt ferner keinem Zweifel, dass bei Soldaten häufig auch angeborene Schwäche, die nicht nur individuell, sondern auch hereditär vorkommt, als aetiologisches Moment der functionellen Insufficienz des Herzens in Betracht zu ziehen ist.

Als häufigste Ursache der Herzschwäche bei Soldaten des Friedensstandes ist nach eigener Erfahrung eine meist schon im Civilleben vor der Einstellung entweder während oder im Gefolge einer acuten Infectionskrankheit erlittene Schädigung der Herzmusculatur anzusehen.

Allen anderen Infectionskrankheiten voran, welche eine Schwächung des Herzens mit ganz schleichendem Verlauf zur Folge haben können, gehen die Influenza und der acute Gelenkrheumatismus. Auf der vorjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte hatte ich die Ehre, über die in der militärischen Praxis bei nervösen Herzstörungen gemachten Erfahrungen zu berichten. Ich habe damals meine Beobachtungen dahin zusammengefasst, dass es sich bei den rein functionellen Störungen des Herzens, wenn Objectiverscheinungen einer organischen Anomalie, insbesondere einer Herzmuskelinsufficienz, fehlten, meist um eine Neurasthenia cordis vasomotoria (Rosenbachii) handle, um eine Theilerscheinung einer allgemeinen Neurose, der Neurasthenie. Ich habe mich damals durch den Zusatz der Bedingung, „wenn Erscheinungen einer Herzmuskelinsufficienz fehlen", mit Absicht vorsichtig ausgedrückt und diese Vorsicht war nach den Erfahrungen, die ich seit der Zeit weiterhin gemacht habe, sehr angezeigt, denn je mehr Fälle scheinbar rein nervöser Art ich seitdem beobachten konnte, desto seltener wurde in meiner Statistik die Diagnose „nervöse Störung des Herzens" und desto häufiger die Diagnose „dilatative Herzmuskelschwäche".

Welcher Art im pathologisch-anatomischen Sinne die nach acuten Infectionskrankheiten am Herzen gesetzten Schädlichkeiten sind, ist ja noch eine offene Frage. Schott meint, nur eine Myocarditis könne als Ursache der an Influenza so häufig sich anschliessenden Herzerkrankungen angesehen werden, bleibt aber den anatomischen Nachweis schuldig. Dass bei der Entstehung der Herzmuskelschwäche, welche bei unseren Soldaten so häufig zu beobachten ist, die von Weigert bei der Herzmuskelschwäche nachgewiesene Sklerose der Kranzarterien kaum jemals in Betracht kommen kann, ist in Anbetracht des jugendlichen Alters unserer Patienten eigentlich selbstverständlich; und doch sind bekanntlich ganz ausnahmsweise auch bei jugendlichen Individuen, ohne dass Lues vorgelegen hätte, arteriosklerotische Veränderungen beobachtet worden, die, wenn sie gerade an den Kranzarterien Platz greifen, gelegentlich einmal zu einer Myocarditis führen können. Uns interessirt hier die Frage: Welche mechanischen Momente können zu einer acuten Dehnung und dadurch bedingter Insufficienz des Herzmuskels führen, mehr, als die Frage, ob und welche anatomische Laesionen des Herzmuskels eine solche Dehnung ermöglichen und begünstigen können.

Man kann sagen, alle Schädlichkeiten, die zu einer acuten Herzdehnung führen, haben ein Moment gemeinsam, das ist die Drucksteigerung im arteriellen Gefässsystem und eine zu deren Ueberwindung erforderliche Mehrung der Herzarbeit. Bezüglich der Leistungsfähigkeit des normalen menschlichen Herzens weiss man ja, dass es eine gewisse Accommodationsfähigkeit besitzt, das normale Herz vermag sich gesteigerten Anforderungen bis zu einem gewissen Grade anzupassen vermöge einer Kraft, die man nach O. Rosenbach's Vorgehen als die Reservekraft des Herzens bezeichnet hat. Diese Kraft ist hypothetisch, wir sind mit den uns heute zu Gebote stehenden klinischen Untersuchungsmethoden nicht im Stande, sie zu messen, wie wir auch die Grösse der für Erhaltung des Lebens nothwendigen Kraft, die innere Arbeit des menschlichen Herzens nicht bestimmen können, da

uns die bezüglichen Componenten unbekannt sind. Beim Skeletmuskel liegen ja diese Verhältnisse einfacher; von bestimmten Muskelgruppen können wir wohl die Kraft, ihre Leistungsfähigkeit prüfen, aber auch am menschlichen Skeletmuskel ist es nicht möglich, das Maximum der überhaupt möglichen Kraftleistung in der Weise festzustellen, dass man sagen könnte, mehr kann nicht geleistet werden, ohne dass der Muskel eine bleibende Gestaltsveränderung, eine Schwächung des Zusammenhanges seiner Elemente und so eine Störung seiner Function erleidet. Die Elasticitätsgrenze eines menschlichen Skeletmuskels in vivo ist also unserer Untersuchung unzugänglich. Zweifellos gibt es auch für den Herzmuskel eine bestimmte, uns noch unbekannte Elasticitätsgrenze, die, wie es scheint, individuell verschieden ist und durch infectiöse und toxische Einwirkungen, die den Herzmuskel gelegentlich treffen können, in hohem Grade beeinflusst wird. Wenn wir auch nicht im Stande sind, zur Verhütung einer für das Individuum gefährlichen Ueberschreitung der Elasticitätsgrenze des Herzens ein genaues Ausmaass des dem Herzen zumuthbaren Arbeitsquantums in jedem einzelnen Falle sicher festzusetzen, so sind doch unsere physikalischen Untersuchungsmethoden ausreichend zum sicheren Nachweis einer bereits erfolgten selbst mässigen Ueberschreitung dieser Elasticitätsgrenze, der acuten Dilatation des Herzens. Dass eine nach aussergewöhnlichen dem Herzen zugemutheten Arbeitsleistungen entstandene Dehnung des Herzmuskels, wie sie Schott bei Ringern beobachtet hat, ein noch physiologischer Zustand zu nennen sei, hat O. Rosenbach entschieden in Abrede gestellt, der die Meinung vertritt, dass die von Schott als gesund bezeichneten Versuchspersonen, bei denen er durch heftiges Ringen und Heben bedeutende Herzdilatationen entstehen sah, thatsächlich zuvor schon kein normales Herz hatten. M. E. kann man die Intactheit jener Herzen vor dem Versuch schon zugeben, aber der Zustand der Herzen während und nach dem Versuche muss mindestens als ein bedeutungsvoller, sogar als krankhafter dann bezeichnet werden, wenn er nicht alsbald wieder rückgängig wird. Ob die Dilatation des linken Ventrikels bei den beiden Versuchspersonen Schott's überhaupt je wieder zurückgegangen ist, kann den bezgl. Mittheilungen („Zur acuten Ueberanstrengung des Herzens und deren Behandlung", Wiesbaden 1894) nicht entnommen werden. Auch wäre für die Beurtheilung der Versuche eine Angabe darüber nothwendig gewesen, ob die Versuchspersonen trainirt waren oder nicht. Ein zuvor trainirtes Herz, das nach so kurzer, aber allerdings bedeutender Muskelarbeit so sehr dilatirt, dass der vor dem Versuch innerhalb der Mammillarlinie gelegene Spitzenstoss während der Muskelarbeit gleich um 5½ cm nach aussen von dieser Linie rückt, hat durch den Versuch eine schwere Schädigung erlitten, es muss als insufficient bezeichnet werden. Beim trainirten Herzen müssten wir, wenn nicht eine Arbeitshypertrophie, so doch eine solche Erstarkung des Herzmuskels voraussetzen, dass eine so hochgradige Dehnbarkeit des Herzmuskels durch Muskelarbeit ausgeschlossen sein müsste. Für ein trainirtes Herz würde also der Effect des Schott'schen Experimentes ein Signum mali ominis bedeuten. Anders beim nicht trainirten Herzen, bei dem immer noch der dilatative Zustand durch nachfolgende Hypertrophie ausgeglichen werden kann, wenn auch nur für eine begrenzte Zeit.

Von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, geben uns die Schott'schen Experimente einen wichtigen Fingerzeig für die Beurtheilung der bei unseren Mannschaften vorkommenden acuten Herzerweiterungen: Eine bei einem Rekruten in den ersten Monaten seiner Ausbildung auftretende acute Dilatation, glaube ich, zumal für den Fall, dass sie noch am gleichen Tage wieder rückgängig wird, nicht für einen absolut dringenden Grund zur Untauglichkeitserklärung bezeichnen zu müssen; ein so schwacher Herzmuskel ist den Anforderungen des militärischen Dienstes vorerst nicht gewachsen, doch besteht immer noch die Aussicht, durch Herzgymnastik noch den nothwendigen Grad von Leistungsfähigkeit zu erreichen. Tritt dagegen eine acute Dilatation eines oder beider Ventrikel in der Zeit nach bereits abgeschlossener militärischer Ausbildung, also im 2. Dienstjahre auf, dann ist jeder Versuch, den herzschwachen Mann dem Frontdienste zu erhalten, ein vergebliches Bemühen. Es schwebt mir dabei ein in einem der bayer. Armeesanitätsberichte von einem sehr exacten Untersucher mitgetheilter Fall vor, wo fortgesetzte Versuche, einen Infanteristen nach öfter aufgetretener und immer wieder zurückgegangener Herzdilatation dem Frontdienste zu erhalten, schliesslich doch die Invalidisirung des Mannes zur Folge hatten.

(Schluss folgt.)

Aus der k. Universitäts-Ohrenklinik zu Berlin (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Lucae).

Befund von Xerosebacillen bei progredienter Phlegmone, secundärer Wundinfection und Otitis interna.

Von Dr. Warnecke, Assistenzarzt.

Im Herbst 1898 hatte ich Gelegenheit, einen Fall von progredienter Phlegmone im Anschluss an Otitis media chronica mit Cholesteatom zu beobachten, als dessen Ursache sich Xerosebacillen nachweisen liessen. Der gleiche Nachweis gelang bei einem im Frühjahr vorigen Jahres zur Beobachtung gekommenen Fall von secundärer Wundinfection nach Eröffnung des Antrum bei Otitis media subacuta und bei einem im letzten Winter beobachteten Fall von Bogengangsdefect mit secundärer Meningitis. Ich lasse die Krankengeschichten der drei Fälle nachstehend folgen:

1) A. B., Dienstmagd, 14 Jahre alt. Aufgenommen 12. IX. 98, † 23. X. 98.

D.: R. chronische foetide Eiterung mit Cholesteatom und Ostitis proc. mastoid.

Anamnese: Angeblich seit dem 3. Lebensjahre Eiterung aus dem rechten Ohr. Nie Anschwellung hinter demselben. Angeblich früher öfter Kopfschmerzen. Keine sonstigen Erscheinungen. Sonst stets gesund.

Befund bei der Aufnahme: Rechter Gehörgang schlitzförmig verengt, aus der Tiefe reichliche foetide Secretion. Einblick in die Tiefe unmöglich. Mässige Anschwellung über der Spitze des Warzenfortsatzes und um den Lobulus herum. Mässiger Druckschmerz über der Spitze.

Links Cerumen obturans. Trommelfell nach Ausspritzen des Cerumens normal gefunden. Flüstersprache: r. am Ohr (6, 3, Otto), l. normal.

Stimmgabelbefund: Weber median. Rinne r. —, l. +.

A r. nicht gehört, l. normal. fis$_1$ r. stark herabgesetzt, l. normal. Bei der Aufnahme Temperatur 38,4°.

14. IV. 98. Operation rechts in Aethernarkose (Dr. Heine). Ausserordentlich kleiner infantiler Warzenfortsatz. Im Antrum und in der Pauke zerfallenes Cholesteatom. Hammerkopf cariös, Amboss fehlt. Am hinteren unteren Rande des Wundtrichters liegt Sinus frei. Hintere und untere Hälfte der vorderen Gehörgangswand fehlen. Von hier aus führt ein Fistelgang ganz schräg nach vorn und unten, ungefähr in der Richtung nach dem linken Kieferwinkel in die Tiefe. Derselbe ist mit foetiden, fetzigen Massen ausgekleidet und lässt ohne Weiteres die Pincette bis zur Hälfte eindringen. Tieferes Einführen wird absichtlich vermieden. Plastik: Bildung eines Lappens aus der hinteren und unteren häutigen Gehörgangswand, der, um den Fistelgang nicht zu verlegen, etwas mehr als sonst nach unten gezogen und im unteren Wundwinkel mit zwei Nähten fixirt wird. Jodoformgazetamponade. Verband.

16. IX. Erster Verbandwechsel. Wunde sieht schmutzig grau belegt aus. Die Infiltration unterhalb der Ohrmuschel hat zugenommen und erstreckt sich weiter nach unten. Desswegen werden die beiden Nähte entfernt und der Lappen von seiner Unterlage losgelöst.

17. IX. Wunde wie gestern. Freilegung eines Eiterherdes an den Nahtstellen.

18. IX. Von diesem Eiterherd aus wird heute mit der Scheere eine Senkung eröffnet. Die Eiterung aus der Gegend unterhalb der unteren Gehörgangswand besteht fort.

19. IX. Die ganze Weichtheilwunde ist dick belegt und von übelriechendem Eiter überströmt. Bei Druck auf die Weichtheile dringt an verschiedenen Stellen Eiter hervor. Nach vorn und unten wird die Eiterung verfolgt bis dicht oberhalb der Clavicula. Die Musculatur sieht grösstentheils schmutzig grau und undeutlich structurirt aus und ist durchsetzt von grösseren und kleineren Eiterherden, in deren Umgebung das Gewebe gangraenös erscheint. Bei Druck entleeren sich immer wieder kleine Eiterherde. Freilegung und Auskratzung derselben mit dem scharfen Löffel.

Auch nach hinten und unten von der ursprünglichen Wunde kommt bei Druck auf die hier nur wenig geschwollenen Weichtheile Eiter in Menge hervor. Haut und Musculatur wird allmählich gespalten bis fast zur Mittellinie des Nackens. Erst hier kommt man in gesundes Gewebe.

20. IX. Aus dem untersten Wundwinkel quillt Eiter nach. Die unterminirte Haut wird noch 2 cm weit gespalten. Die vordere Wunde am Halse sieht ziemlich rein aus, dagegen ist die Musculatur unterhalb des Warzenfortsatzes noch stark verfärbt und es quillt wieder an verschiedenen Stellen aus derselben Eiter in Menge hervor.

21. IX. Heute stärkere Eitersecretion von der vorderen Wunde, Eiter übelriechend.

22. IX. Vorn unten eine Tasche, aus der bei Druck Eiter heraustritt, während hinten die Wunde sich reinigt.

24. IX. Die Wunden beginnen jetzt überall gut zu granuliren, nur unterhalb des Warzenfortsatzes noch Verfärbung. Geringe Verhaltung unterhalb der Haut am vorderen Wundwinkel.

3. X. Erneute Temperatursteigerung. Gegenüber der Fistel, die von der unteren Gehörgangswand in die Tiefe führt, Wundrand infiltrirt, schmutzig grau belegt.

4. X. An der beschriebenen Stelle hat sich eine Tasche unter dem hinteren Wundrand gebildet, die mit demselben schmutzig-grauen Secret ausgekleidet ist. Jodoformgazetamponade.

7. X. Fieber geringer. Die beschriebene Stelle immer noch stark belegt. Die schecht aussehenden Stellen werden mit essigsaurer Thonerdelösung verbunden.

10. X. Gerade gegenüber vom Meatus hat sich aus der gestern schon vorhandenen äusserst derben Infiltration ein Abscess von Hühnereigrösse entwickelt. Derselbe wird incidirt, es entleert sich grünlicher, eingedickter Eiter. Abscesswandungen äusserst schlecht aussehend. Wandung fetzig, missfarbig. Am Boden des Abscesses liegt in Fünfpfennigstückgrösse der Knochen, vom Periost entblösst, frei. Ausschabung der missfarbigen Massen an den Wandungen. Tamponade mit essigsaurer Thonerde.

11. X. Trotz Incision erneute Fieberbewegungen. Ausserordentlich derbe, dicke Infiltration der hinteren Umrandung des Abscesses. Bei Druck auf dieselbe tritt am Knochen, sowie aus zahlreichen Punkten zwischen der Musculatur Eiter aus.

13. X. Patientin hat dreimal Erbrechen gehabt. Aussehen der Wunde unverändert.

14. X. Da Culturversuche aus dem Eiter des Gehörganges vor der Operation, sowie aus dem Wundeiter nach derselben das constante Vorhandensein eines kurzen Stäbchens mit den morphologischen und culturellen Eigenschaften der Xerosebacillen ergeben haben, so wird ein Versuch mit Injection hochwerthigen Behring'schen Serums: IV D gemacht. Dasselbe wird an üblicher Stelle in die Brusthaut injicirt.

15. X. Wie zu erwarten, keine Aenderung in der Fieberbewegung. Wunde sieht heute trocken, in ihren oberen Theilen äusserst missfarben aus.

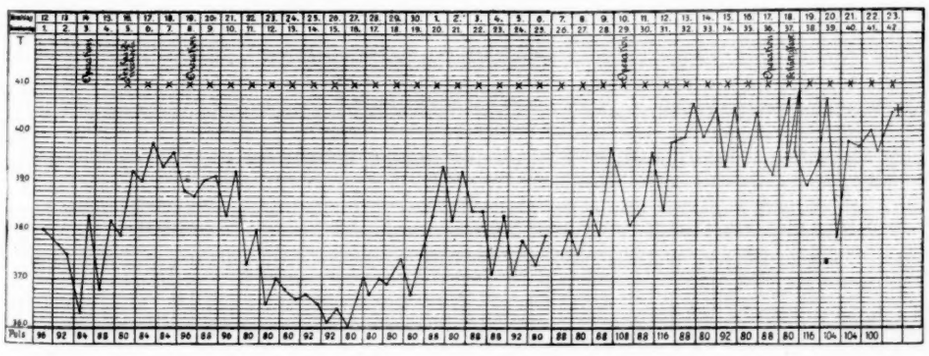
Bei Druck tritt an zahlreichen Stellen intramusculär und am Knochen Eiter aus. An den oberflächlichen Wundtheilen, besonders an den Schnittwinkeln Abstossung nekrotischer Gewebsfetzen ziemlich reichlich.

16. X. Patientin erbricht oft, nimmt im Ganzen wenig zu sich, fühlt sich matt, klagt über Kopfschmerzen und Schmerzen in der Wunde. Letztere sieht nicht so trocken, aber schlecht und missfarben aus.

17. X. Anlegung eines Schnittes in der Richtung nach der Spitze der Hinterhauptschuppe, eines zweiten von der Ursprungsstelle des ersten nach hinten unten gehenden und eines dritten, den hinteren der beiden früheren Schnitte an der rechten Halsseite wieder eröffnenden (Dr. Warnecke). Knochen des Hinterhauptbeins ausgedehnt, grünlich verfärbt und vom Periost entblösst. Weichtheile zeigen sich an mehreren Stellen missfarbig, matsch. Vielfach Entleerung von Eiter zwischen den Weichtheilen, sowie am Knochen. Die ausgedehnten Spaltungen durch die Eiterherde am Knochen bedingt.

18. X. Heute früh Schüttelfrost mit Temperaturanstieg auf 40,7°, Wunde trocken, missfarbig. Decubitalgeschwür an der linken Unterlippe entsprechend dem linken unteren Eckzahn, über beiden Unterlappen reichlich gross- und mittelgrossblasiges Rasseln. Ueber den Oberlappen und dem Mittellappen Pfeifen und Giemen.

19. X. Decubitalgeschwüre auch an der Zungenspitze und am linken Zungenrande ca. 2 cm von der Spitze. Patientin leicht benommen. Rechts Ptosis. Vielfaches Erbrechen, fast keine Nahrungsaufnahme. Fieber andauernd hoch (cf. Curve).



20. X. Starkes Oedem des rechten Oberlids. Patientin völlig benommen, lässt unter sich. Wunde sieht furchtbar missfarbig und trocken aus.

21. X. Oedem des linken Oberlids. Linker Arm schlaff, wird nicht bewegt. Wunde wie gestern. Sehr starke Salivation. Lungenbefund wie am 18. X.

22. X. Beide Oberlider in gleicher Stärke oedematös. Sonst Stat. id.

23. X. 11½ Uhr Früh Exitus letalis.

24. X. Section (Dr. Warnecke).

Beim Abziehen der Kopfhaut dringt an beiden Arcus superciliares grünlicher, rahmiger Eiter hervor, welcher frei in Mitte des Arcus symmetrisch gelegenen Abscessen entstammt. Dura am Schädeldach adhaerent, daher Herausnahme des Cerebrum mit dem Schädeldach und nachherige manuelle Lösung desselben. Nerven der Basis intact. Sin. transversus dexter, sigmoideus dexter, Bulbus ven. jugul. dexter, Sin. occipital. mit adhaerenten, zum Theil jauchig eiterig zerfallenen Thromben erfüllt. Beide Sin. cavernosi thrombosirt. R. Thrombus benign., adhaerent, schwer ablösbar, links leicht ablösbar, nach dem Clivus zu eitrig zerfallen. Am Venengeflecht des Clivus tritt beim Einschnitt am r. Rande Eitertröpfchen aus. Am Cerebrum an der r. Convexität, im Bereich der Centralwindungen fibrinös eitriger Belag, derselbe in Dreimarkstückgrösse über dem r. Gyrus marginalis an der Berührungsfläche der Hemisphaeren. Entsprechend über dem l. Gyrus marginalis zehnpfennigstückgrosse Auflagerung.

Cerebrum und Cerebellum ohne sonstige Abnormitäten. Felsenbein intact. In beiden Unterlappen und im r. Mittellappen Hypostase, subpleural in beiden Unterlappen mehrere kleine metastatische Abscesse, die kleinsten stecknadelkopf-, die grössten erbsengross. Rechts kleine fibrinöse Auflagerung auf der Hinterfläche des Unterlappens. Herzmusculatur fettig degenerirt. Milz mässig vergrössert, pulpös, sehr weich. Nieren ohne Besonderheiten.

Die mikroskopische Untersuchung des Eiters aus den Sinus, den Lungenabscessen, der fibrinösen Auflagerung und eines Ausstrichpräparates vom Milzgewebe ergeben in der fibrinösen Auflagerung wenig, im Sinuseiter massenhaft, im Milzpräparat keine Bacterien. Die letzteren sind ausschliesslich Stäbchen, die durchaus den Charakter der Xerosebacillen tragen. Culturen aus den genannten Objecten ergaben dagegen nur die Anwesenheit von Staphylococcus pyogenes aureus und albus.

D.: Arachnitis fibrino-purulenta convexitat. praesertim dextr.; Thrombosis sin. transv. dextr., sigmoidei dextr., sin. occipital., bulb. ven. jugul. dextr., Thrombos. sin. cavern. utr., Hypostas. lob. inf. utr., lob. med. dextr., Abscess. metastat. lob. inf. utr.

Wie bereits erwähnt, wurden von dem Eiter aus dem Gehörgang, nach der Operation aus den Operationswunden, zu verschiedenen Zeiten Culturen angelegt und mikroskopische Präparate gemacht. Culturen und Präparate aus den Operationswunden entstammen dem Cholesteatom, Wundsecret, nekrotischen Gewebsfetzen, intramusculären Eiterdepots, sowie dem intact erscheinenden Muskelgewebe selbst.

Der Eiter aus dem Gehörgang vor der Operation, sowie alle der Wundhöhle entnommenen Massen zeigten stets Stäbchen vom Aussehen der Diphtheriebacillen. Segmentirung fand sich in gefärbten Präparaten sehr oft. Auch Involutionsformen vom Aussehen derjenigen des Diphtheriebacillus waren häufig. Mit dem Neisser'schen Diphtheriebacillus-Färbeverfahren konnte Körnchenfärbung nicht erzielt werden. Färbung nach Gram gelang stets. Mehrfach wurde auffallender Polymorphismus der Bacillen aus verschiedenen Culturen, auch derjenigen aus gleichaltrigen Culturen auf demselben Nährboden beobachtet. Die gleichartigsten und den frischen ähnlichsten Präparate lieferten die Agarculturen. Schon in 24 stündiger Bouilloncultur fanden sich kurze, dicke Stäbchen mit keulenförmig verbreiterten Enden und hellerer Mitte häufiger, als in Agarculturen.

Die Keulenform nahm in Bouillonculturen im Allgemeinen mit dem Alter zu. Trotzdem trat bisweilen, z. B. in Präparaten aus 6 tägiger Bouilloncultur, die Keulenform zurück gegenüber kurzen, dicken Stäben mit abgerundeten Ecken. In anderen 6 tägigen Bouillonculturen fand sich neben deutlicher Keulenform Auswachsen zu langen, schlanken Stäbchen, wie ich es 2 bis 3 mal alerdings auch in 24 stündiger Agarcultur sah.

In dritten, ebenso alten Bouillonculturen war auffallend deutliche Segmentirung, sonst aber keine Besonderheit der Form der meist kurzen, dicken Stäbchen vorhanden. Einmal fand sich aus 6 tägiger Bouilloncultur, die Keulenform zurück gegenüber kurzen, dicken Stäben mit abgerundeten Ecken. In anderen 6 tägigen Bouillonculturen fand sich neben deutlicher Keulenform Auswachsen zu langen, schlanken Stäbchen, wie ich es 2 bis 3 mal allerdings auch in 24 stündiger Agarcultur sah.

In dritten, ebenso alten Bouillonculturen war auffallend deutliche Segmentirung, sonst aber keine Besonderheit der Form der meist kurzen, dicken Stäbchen vorhanden. Einmal fand sich in 4 tägiger Bouilloncultur eine echte Verzweigung. In 24 und 48 stündigen Gelatineculturen waren meist kurze Stäbchen, schlanker wie die aus der Bouilloncultur, vorhanden. Für 4 bis 5 tägige Kartoffelcultur war Wachsthum in ausserordentlich kurzen, dicken Stäbchen charakteristisch.

Culturen auf Agar ergaben, so oft sie angelegt wurden, Wachsthum in Form runder, erhabener, weissgrauer und undurchsichtiger, später erhabener Colonien. Wachsthum erfolgte auf schwach alkalischem Agar weniger dicht, wie auf stark alkalischem, auf Glycerinagar nicht wesentlich anders, wie auf schwach alkalischem Agar. Auf Gelatine ergab Stichcultur feines Nagelwachsthum ohne Verflüssigung, Strichcultur feine thautropfenartige Culturen, ebenfalls ohne Verflüssigung. Auf alkalisch gemachter Kartoffel erfolgte Wachsthum in Form weisser Rasen. In Bouilloncultur trat schon nach 24 Stunden deutliche Bodentrübung ein, die bis etwa zum 8. Tage zunahm, um sich von da an ziemlich constant zu erhalten. Verschwinden derselben wurde nicht beobachtet. In Traubenzucker liess sich Gährung nicht hervorrufen. In Lacmusmolke wurde Säurebildung mässigen Grades constatirt.

Für Thiere erwiesen sich unsere Xerosebacillen nicht pathogen.

Von 2 Meerschweinchen, denen je 0,1 und 0,2 ccm einer 48 stündigen Bouilloncultur in die Bauchhöhle injicirt wurde, zeigte das erste Abmagerung und Verharren in passiver Rückenlage beim Umwenden. Die Erscheinungen gingen nach 3 Tagen zurück. Das andere Thier reagirte nicht auf die Injection.

Von 5 Kaninchen, denen 1,0, bezw. 0,75, bezw. 0,5 ccm von 1—5 tägiger Bouilloncultur subcutan in die Ohren injicirt waren, reagirten 2 mit erysipelatöser Röthung, Schwellung und Herabhängen der Ohrmuscheln. Die Erscheinung trat beim ersten am nächstfolgenden, beim zweiten am übernächsten Tage nach der Injection auf. Sie hielt bei beiden 2 Tage an. Bei dem ersten nach Ablauf der Reaction getödteten Thier konnten in der Pleurahöhle geringgradige fibrinöse Auflagerungen nachgewiesen und aus diesen Xerosebacillen gezüchtet werden.

2 Kaninchen, denen eine Abschwemmung von 24 stündiger Agarcultur mit Bouillon in die Pleurahöhle bezw. in die Oberschenkelmusculatur injicirt wurde, zeigten keine Reaction.

2. P. A., Dienstmagd, 25 Jahre alt. Aufgenommen 16. III. 1899. Entlassen 14. IV. 1899.

D.: L. subacute Mittelohreiterung mit Ostit. proc. mastoid.

Anamnese: Angeblich seit ½ Jahr links ohrenleidend. Beginn mit Schmerzen und starkem Ausfluss. Schmerzen in dem halben Jahr mit kurzen Unterbrechungen bis jetzt immer vorhanden. Kopfschmerzen in Stirn- und Scheitelgegend. Oefter Schwindelgefühl, angeblich 2 mal nach Extraction einer Granulation am 7. III. 1899 in hiesiger Poliklinik. Keine sonstigen Erscheinungen. Damals keine Druckempfindlichkeit am Warzenfortsatz. Dieselbe, einige Tage nachher aufgetreten, ist jetzt sehr stark und erstreckt sich über den ganzen Warzenfortsatz, nimmt nach der Spitze hin zu. Früher links immer schon schwerhörig, nie Ausfluss.

Befund bei der Aufnahme: R. Trommelfell geröthet, vorn oben mehrere kleine Narben.

L. vom Trommelfell kein Bild zu gewinnen, Granulationen in der Tiefe. Secretion mässig, nicht foetide. Warzenfortsatz äusserlich unverändert, keine Auftreibung. Schmerzhaftigkeit in ganzer Ausdehnung, besonders über der Spitze.

A vom Scheitel nach links.

Rinne r. +, l. —.

A rechts mässig herabgesetzt, l. nicht gehört; fis$_4$ r. normal, l. mässig herabgesetzt. Flüstersprache: R.: 9,0 (3. 6, 8 Amerika, Otto, Friedrich), L.: 0,5 (3, 6, 8 Amerika, Otto, Friedrich).

Ophthalmoskopischer Befund normal. Bettruhe. Warme Umschläge mit essigsaurer Thonerdelösung.

27. III. Granulationen geschrumpft. Vom Trommelfell anscheinend hintere Hälfte erhalten. Unter dem freiliegenden Trommelfellrand tritt unten eine kleine Granulation hervor. In der Pauke fühlt eingeführte Sonde Rauhigkeit. Schmerzen über dem Warzenfortsatz bis auf die Spitze, die noch stark druckempfindlich ist, verschwunden.

28. III. Entfernung zweier kleiner Granulationen mit schneidender Zange. Sonde fühlt dicht oberhalb des Paukenbodens Rauhigkeit.

30. III. Heute Abend Temperatursteigerung auf 38,2°.

31. III. In der letzten Nacht Schlaflosigkeit wegen zunehmender Schmerzen. Warzenfortsatz an der Spitze sehr druckempfindlich.

1. IV. Nachts guter Schlaf, da Schmerzen nachgelassen haben. Druckempfindlichkeit an der Spitze des Processus mastoideus geringer.

2. IV. Nachtruhe ziemlich gut, gegen Morgen durch Zunahme der Schmerzen gestört. Warzenfortsatz auf Druck in der unteren Hälfte schmerzhaft. Secretion mässig, Trommelfellbefund unverändert. Pat. klagt über starken Stirnkopfschmerz.

3. IV. Status gegen gestern unverändert, bis auf die Kopfschmerzen, die verschwunden sind.

5. IV. Schmerzen über dem Warzenfortsatz in ganzer Ausdehnung desselben ziemlich stark. Temperatur Abends seit einigen Tagen gesteigert, daher heute:

L. Aufmeislung in Aethernarkose (Dr. Warnecke). Nach den ersten Meiselschlägen grosser Eitertropfen. Warzenfortsatzzellen mit Granulationen erfüllt. Antrum eröffnet, darin reichlich Granulationen. Antrum klein. Lateral vom Tegmen antri Dura auf kleine Strecke freiliegend. Zwei dünne, derselben anhaftende Knochenplättchen mit Pincette entfernt. Nach hinten erstreckt sich 1,5 cm weit eine mit Granulationen erfüllte Knochenzelle, welche freigelegt wird. In der Spitze Knochen ausserordentlich morsch. Beim Abbrechen eines hier losgemeiselten Knochenstücks entsteht eine mässig starke Sinusblutung, die auf Tamponade steht. Sinus von gutem Aussehen. Jodoformgazetamponade. Verband.

7. IV. Morgentemperatur 38,1°, Abendtemperatur 38,8°. Verbandwechsel. Wunde sieht gut aus. Sinus pulsirt.

8. IV. Heute Temperatur wie gestern. Zunge belegt. Stuhlgang normal. Ophthalmoskopisch keine Veränderungen.

9. IV. Temperatur Morgens 38,2°, Abends 40,2°, daher Abends 6 Uhr Operation in Aethernarkose (Dr. Warnecke). Fortnahme der hinteren knöchernen Gehörgangswand. Im Antrum und in der Pauke Granulationen. Knöchelchen entfernt, intact. Freilegung der Dura, ausgehend von der bereits freigelegten Stelle auf weitere Strecke, so dass dieselbe jetzt in Grösse eines Zehnpfennigstücks freiliegt. Dieselbe ist von gutem Aussehen. Sinus auf Länge von 3 cm freigelegt. ist prall gespannt, pulsirt, sieht gut aus. Plastik, Jodoformgazetamponade, Verband.

10. IV. Heute Früh Temperatur 36,3°, Abendtemperatur 39,0°. Sonstiges Befinden gut, ziemlich starkes Schwindelgefühl. Pat. schwankt beim Gehen, hat Neigung nach links zu fallen. Ueber den Lungen l. h. o. leichte Dämpfung und ganz feine, helle, kleinblasige Rasselgeräusche. Beide Eltern angeblich an Lungenkrankheit gestorben.

11. IV. Morgentemperatur 39,4°, Abendtemperatur 39,3°. Kein Schwindel mehr, weder subjectiv, noch objectiv.

12. IV. Fieber andauernd. Morgentemperatur 37,2°, Abendtemperatur 39,7°. Wunde sieht sehr schlecht aus. Verband mit essigsaurer Thonerdelösung.

13. IV. Morgens Temperatur 37,1°, Abends Temperatur 40,4°. Aussehen der Wunde etwas besser.

14. IV. Kein Fieber.

19. IV. Wunde hat sich ziemlich gereinigt. Fieber ist bis heute nicht wieder aufgetreten. Daher Jodoformgazeverband.

20. IV. Morgentemperatur 37,8°, Abendtemperatur 38,9°.

21. IV. Morgentemperatur 36,1°, Abendtemperatur 39,1°. Verband mit essigsaurer Thonerdelösung.

22. IV. Kein Fieber.

23. IV. Ebenso. Um zu sehen, ob der Verband einen Einfluss auf die Fieberbewegung hat, wird heute wieder mit Jodoformgaze verbunden und es folgt am

24. IV. sofort eine abendliche Temperatursteigerung auf 40,0°. Dasselbe Experiment gelingt am 28. IV., 1. V. und 5. V. Zwischen diesen Tagen fieberfreie Intervalle.

29. V. Patient ist fieberfrei geblieben, die feuchten Verbände sind bis zum 15. V. fortgesetzt. Die Wunde beginnt gut zu granuliren und zeigt an verschiedenen Stellen Beginn von Epidermisirung.

14. VI. Patient wird mit fast völlig verheilter retroauriculärer Wunde gebessert zur poliklinischen Behandlung entlassen.

15. VII. Geheilt entlassen. Hörfähigkeit für Flüstersprache: R. normal; L. 13,0 (20, 33, 16), 11,0 (Bismarck, Kaiser Wilhelm, Ziegelstrasse, Pfefferkuchen). Stimmgabelbefund: R. normal; L. A mittelstark herabgesetzt, Fis$_4$ wenig herabgesetzt.

Die zu verschiedenen Zeiten nach der ersten Operation aus dem Secret, bezw. dem Belag der Wunde angelegten Culturen zeigten zur Gruppe der Xerosebacillen gehörige Bacillen in Reincultur. Züchtung aus dem Gehörgang konnte, da nach der ersten Operation die Secretion aus demselben völlig sistirte, nicht vorgenommen werden.

Bei Meerschweinchen vorgenommene Einreibungen der Agarcultur mittels Platinöse in die Rückenmusculatur ergaben nur in einem Falle am nächsten Tage serös eitriges Wundsecret, in dem sich massenhaft Coccen, aber keine Xerosebacillen fanden, im übrigen glatte Verheilung der Wundflächen. Auch Injection von 2 ccm einer 2 tägigen Bouilloncultur in die Rückenmusculatur blieb wirkungslos.

Die Xerosebacillen erwiesen sich also auch in diesem Falle für unsere Versuchsthiere nicht pathogen.

3. M. W., Arbeiterin, 20 Jahre talt. Aufg. 6. XI. 1899, † 19. XI. 1899.

Anamnese: Seit 10 Jahren Eiterung aus dem l. Ohr nach vorangegangenem Reissen daselbst. Damals Behandlung mit Camillentheeausspülungen. Seit jener Zeit ununterbrochen Ausfluss linkerseits. Vor 4 Wochen wieder Schmerzen im l. Ohr, danach stärkerer Ausfluss, der noch jetzt besteht. Seit 5 Wochen Schwindelgefühl, öfter Morgens nach dem Ausspritzen Erbrechen, zeitweise Kopfschmerzen in der l. Schläfengegend.

Befund bei der Aufnahme: R. Trommelfell getrübt, Narbe in Mitte der vorderen Hälfte und im hinteren unteren Quadranten. Fistel am oberen Pol, feucht. Hammerhals liegt frei. L. hintere häutige Gehörgangswand in's Lumen eingestülpt, verlegt dasselbe

total. Auf dem die vordere Wand berührenden Theil Granulationen. Einblick in die Tiefe unmöglich. Secretion mässig, foetide.

Ueber dem Warzenfortsatz nichts Abnormes. Objectiv kein Schwindel. Beim Druck auf den Tragus links rotatorischer Nystagmus, kein Schwanken. Pat. gibt an, dabei Schwindelgefühl gehabt zu haben.

Ueber median. Rinne r. +, l. —.

A r. normal, l. nicht gehört.

fis$_4$ r. normal, l. sehr stark herabgesetzt, nur beim Anschlag mit Holzstift momentan gehört.

Fl.-Spr.: r. normal; l. A. O. (2, 3, 6, Amerika)

Ophthalmoskopischer Befund normal.

10. XI. 1899. L. Operation in Aethernarkose (Geh. Rath Lucae).

Nach Abschaben des Periosts und Heraushebeln des häutigen Gehörgangs mit dem Elevatorium sieht man in der hinteren knöchernen Gehörgangswand ca. 0,5 cm vom Meatus audit. ext. eine granulirende Stelle, die dem vorher sichtbar gewesenen Durchbruch entspricht. Aufmeiselung dicht am Meatus führt in eine ziemlich grosse (Haselnuss) Höhle. Von der hinteren knöchernen Gehörgangswand fehlen die beiden hinteren Drittel. Von Knöchelchen ist nichts mehr vorhanden. Im Bogengang lateralwärts von der Convexität mit dunkelrothem Granulationsgewebe erfüllter Defect von ca. 2 mm Länge. Lateralwärts vom Tegmen antri liegt auf kleine Strecke Dura der mittleren Schädelgrube frei. Ausschaben der Granulationen, Abschrägung der knöchernen Wundränder. Plastik. Jodoformgazetamponade. Verband.

13. XI. Heute erster Verbandwechsel: Wunde von gutem Aussehen. Defect noch deutlich erkennbar. Druck auf den Tragus nach Herausnahme des ersten Verbandes, sowie Druck auf die Bogengangsgegend mit dem Tupfer beim Abtupfen des Blutes lösen weder Nystagmus noch Schwindel aus. Dagegen schwankt Pat. beim Gehen mit geschlossenen Augen und zeigt unverkennbare Neigung, nach rechts zu fallen.

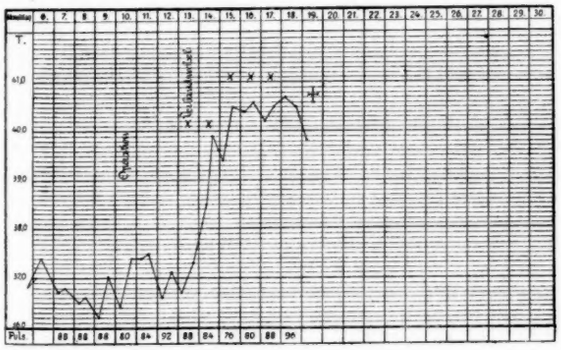
14. XI. Heute Nacht 2 mal Erbrechen, heute Früh starker Schwindel beim Gehen, sehr heftige Kopfschmerzen, Nystagmus beim Blick nach rechts. Morgentemperatur 38,5°. Eisblase.

Verbandwechsel: Wunde sieht gut aus, im vorderen Bogengangsschenkel sieht man Flüssigkeit pulsiren. Abendtemperatur 39,9°.

15. XI. Morgentemperatur 39,7°. Ausgesprochene Nackensteifigkeit. Klagen über Schmerzen im Genick und im Kreuz. Abendtemperatur 40,5°.

16. XI. Stat. id. Pat. beginnt Abends benommen zu werden. Temperatur cf. Curve.

17. XI. Pat. völlig benommen, lässt unter sich. Temperatur andauernd hoch (cf. Curve).



19. XI. Exitus im Coma. Keine Convulsionen.

20. XI. Section (Dr. Warnecke).

Dura der Convexität ausgedehnt, am Schädeldach adhaerent. Im Längsblutleiter kein Gerinnsel. Beim Herausnehmen des Cerebrum zeigen sich die Nerven der Basis intact. Bei Herausnahme des Cerebellum sieht man die ganze basale Fläche desselben mit Eiter bedeckt. Dasselbe gilt von der Medulla oblongata und dem Rückenmark, soweit dasselbe zu Gesicht kommt. Am N. acustico-facialis l. bei genauester Untersuchung ein Unterschied von dem gleichen Nervenpaar der r. Seite nicht zu entdecken. Dura der Basis überall von gutem Aussehen, speciell über dem l. Felsenbein keinerlei Verfärbung zu sehen. Sinus der Basis ohne Veränderungen. Beim Abziehen der Dura zeigt sich ein Knochensplitter von 0,5 qcm Umfang lateral vom Tegmen antri. Derselbe liegt lose in einem entsprechend grossen Knochendefect, dessen Ränder leicht granulirend erscheinen. Herausheben des nur einseitig adhaerenten Knochenplättchens ohne Weiteres möglich. Im Schläfenbein sind der obere und hintere Bogengang blutroth verfärbt. In der Schnecke ist eine bräunliche Flüssigkeit vorhanden. Im Horizontalcanal sieht man die blutig tingirte Flüssigkeit, die auch während des Lebens zu sehen war. Culturen aus der Schnecke und den Ampullen der eröffneten Bogengänge ergeben sämmtlich auf Agar die Anwesenheit von Pseudodiphtheriebacillen in Reincultur, ebenso eine Cultur aus dem makroskopisch keine Ueberleitung aus dem inneren Ohr erkennen lassenden Nerv. und Can. acustico-facialis. Culturen von der Basis cerebelli et medull. oblongat. ergeben Staphylococcus pyogenes albus und aureus.

In den Lungen Hypostase beider Unterlappen. Im r. Unterlappen vorn unten 3 erbsengrosse Abscesse. Am hinteren Bicuspidalsegel ein stecknadelkopfgrosses endocarditisches Wärzchen (frisch). Milz 14: 7,5: 4,5, sehr weich, pulpös, sonst ohne Veränderungen.

Am Trommelfell der rechten Seite bestätigt die Autopsie den Befund intra vitam. In der Pauke sieht man eine bandförmige Adhaesion vom kurzen Ambosschenkel breit zur Labyrinthwand ziehen.

D.: Otit. med. purulent. chronic. foetid. cum perforat. meat. audit. cutan. sinistr. Defectus canal. semicirc. horizontal. Otit. intern. haemorrhagic. Arachnit. purulent. baseos cerebell. et medull. spinal. Abscess. metastat. lob. infer. pneumon. utriusque. Endocardit. verrucos. veli post. valv. bicuspidal.

Bei Kaninchen vorgenommene Injectionen von Bouillonaufschwemmungen von Agarculturen — es wurden stets 2 ccm injicirt — subcutan in die Ohrmuschel, Einreibungen der Cultur in Scarificationsstellen am Ohr ergaben keine Reaction, ebensowenig intraperitoneale Injectionen. Injection in die vordere Augenkammer hat Linsentrübung und Iritis zu Folge, jedoch tritt völlige Restitutio ad integrum ein. Erfolglos bleibt auch subdurale Einverleibung von Bouillonaufschwemmung von Agarcultur beim Kaninchen.

Zahlreiche intraperitoneale Injectionen bei Meerschweinchen ergeben zwar vorübergehende Erkrankungen der Thiere: Abmagerung, gesträubtes Fell, langsames Umwenden aus passiver Rückenlage, führen aber in keinem Falle den Tod herbei.

Das Vorkommen von Xerosebacillen erscheint besonders bei dem ersten Fall von progredienter Phlegmone interessant. Das Cholesteatom hat hier wohl jedenfalls, wenn auch nur mechanisch durch Usurirung des Knochens, das Eindringen der Bacillen in die Musculatur, bezw. in die Lymphbahnen begünstigt. Dass es selbst reichlich Bacillen enthalten und entsendet hat, ist wahrscheinlich. Nachgewiesen konnten Xerosebacillen durch Ausstrichpräparate und Cultur von den Cholesteatommembranen werden. Die Anfertigung von Schnittpräparaten von den zerfallenen Cholesteatommassen war unmöglich. Auffallend ist die ausserordentlich grosse Tendenz zur Propagation und die Art derselben in die Musculatur. Eine Aehnlichkeit der beiden ersten Fälle besteht, abgesehen von dem beiden gemeinsamen constanten Bacillenbefund, nur in dem gleichartig missfarbenen Wundbelag und der Höhe des Fiebers. Tendenz zur Propagation, zu Senkung, Uebergang auf die Musculatur und die Lymphbahnen analog dem ersten Fall, ist im zweiten absolut nicht wahrzunehmen, wenn ich von kleineren Unterminirungen der Haut in der Umgebung des Wundtrichters, wo sie sich allerdings wiederholt bildeten, absehe. Der hemmende Einfluss der feuchten Verbände mit essigsaurer Thonerdelösung auf Bacillenwachsthum und Fieberbewegung ist in diesem Falle unverkennbar.

Ob im dritten Fall der Befund der Xerosebacillen ein accidenteller ist, ob und inwieweit dieselben zur Genese der Arachnitis purulenta in Beziehung zu bringen sind, ist nicht zu entscheiden, da sie zwar im inneren Ohr und im Can. acusticofacialis überall in Reincultur, nicht aber im Eiter an der Basalfläche des Cerebellum und der Medulla oblongata gefunden wurden. Jedenfalls erschien mir trotz des negativen Ausfalls der Thierversuche das Auffinden von Xerosebacillen in diesem, wie in den anderen Fällen bemerkenswerth. Den beschriebenen analoge Fälle habe ich in der einschlägigen Literatur, soweit mir dieselbe zur Verfügung stand, nicht auffinden können.

Ich schliesse meine Arbeit mit dem verbindlichsten Dank gegen meinen hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath Lucae, für gütige Ueberlassung des Materials und gegen Herrn Dr. Marx, Assistenten am kgl. Institut für Infectionskrankheiten, in dem ich die bacteriologischen Untersuchungen anstellte, für oft gewährte freundliche Unterstützung.

Aus dem Marienhospital in Stuttgart (Chirurg. Abtheilung: Vorst. Prof. Dr. Alb. Zeller).

Metapneumonischer Abscess mit dem Diplococcus pneumoniae in Reincultur.

Von Dr. Roeger, Assistenzarzt.

Das Vorkommen des Fraenkel-Weichselbaumschen Diplococcus in Abscessen wird in den Lehrbüchern als ein seltenes bezeichnet. So erwähnt Ziegler (Lehrb. d. pathol.

Anat., 8. A., p. 581) das Auftreten desselben bei Entzündungen des Endocards, der Nieren, der Gelenke und sagt, dass er auch schon in Abscessen gefunden worden sei.

Samter[1]) beschreibt einen Fall von Pyaemie, bei welchem in multiplen Abscessen Pneumococcen gefunden wurden. Das Vorausgehen einer Pneumonie ist in diesem Falle möglich, doch nicht sichergestellt. Der Autor glaubt annehmen zu müssen, „dass das Vorkommen von Pneumoniecoccen in Abscessen und Phlegmonen beim Menschen ein recht seltenes ist" und hält den von ihm beschriebenen Fall für den ersten, in welchem beim Menschen Weichtheilabscesse als Folge der Infection durch Pneumococcen nachgewiesen wurden.

In der Literatur der folgenden Jahre finde ich nur aus dem Jahre 1897 eine Arbeit von Pearce[2]), welche unter 26 acut infectiösen Erkrankungen mit Pneumococcenbefund 7 Fälle von Abscessen an verschiedenen Körperstellen anführt.

Es scheint also das Vorkommen von Pneumoniecoccen in Weichtheilabscessen, insbesondere in directem Anschluss an Pneumonie, in der That ein recht seltenes zu sein und es dürfte der folgende Fall, in welchem dieser Zusammenhang ziemlich klar vor Augen liegt, der Erwähnung werth sein:

Herr J., 55 Jahre alt, wurde am 8. IV. 1900 in das Krankenhaus aufgenommen. Aus der Anamnese (leider konnten von dem vorher behandelnden Arzt keine näheren Angaben erlangt werden) ist Folgendes von Interesse: Patient erkrankte am 10. Januar ds. J. mit Erbrechen, Schmerzen am Rücken und auf der rechten Seite und mit starkem Fieber. Nach einigen Tagen habe er braunrothen Auswurf bekommen. Sein Arzt habe die Krankheit für eine Lungenentzündung erklärt. Mitte Februar sei an der Brust (etwa am linken Rand des Manubrium sterni) ein flacher, halb gänseeigrosser Abscess aufgetreten, welcher bei stärkerer Berührung schmerzhaft gewesen sei. Der Arzt habe zunächst punctirt und 5 Tage später den Abscess eröffnet, wobei sich etwa ⅛ Liter Eiter entleert habe. Die Wunde habe sich in etwa 14 Tagen geschlossen.

Etwa Mitte März bemerkte Patient in der linken Schenkelbeuge eine Schwellung, welche sich wie mit einem Ausläufer gegen die Mittellinie hingezogen habe. Im Laufe von 10 Tagen habe sich die Schwellung ziemlich rasch nach der Mitte und weiter nach rechts ausgebreitet und sei allmählich bis zum Nabel heraufgegangen. Es haben sich auch Beschwerden beim Wasserlassen und seit etwa 14 Tagen auch Stuhlbeschwerden eingestellt.

Die Untersuchung des Patienten ergibt:

Der Ernährungszustand ist reducirt, die Gesichtsfarbe blassgelblich. Ikterus ist nicht vorhanden. Patient erscheint schwach und sehr angegriffen. Ueber den Lungen lässt sich r. h. u. etwas Schallverkürzung und verschärftes Inspirium nachweisen. Herzgrenzen normal, Töne rein. Auswurf ist nicht vorhanden (konnte auch im weiteren Verlauf der Erkrankung nicht erhalten werden). Links neben dem Sternum befindet sich im II. Intercostalraum eine ca. 3 cm lange, noch frische (Incisions-) Narbe.

Die ganze Unterbauchgegend vom Nabel bis zur Symphyse, erscheint hervorgewölbt, die Haut darüber prall gespannt, in ihrer Farbe nicht verändert. Bei genauerer Palpation lässt sich ein halbkugeliger, beinahe kindskopfgrosser Tumor nachweisen, welcher sich zu beiden Seiten bis etwa handbreit über die Mitte des Lig. Pouparti erstreckt. Derselbe zeigt deutliche Fluctuation. Temperatur Abends 37,5. Urin klar, frei von Eiweiss und Zucker.

Am folgenden Tage wurde, nachdem die Bauchdecken etc. wie zu einer Laparotomie vorbereitet waren, in der Linea alba unterhalb des Nabels unter schichtweiser Durchtrennung der Weichtheile incidirt. Unter der Musculatur gelangt man in den Abscess, aus welchem sich im Strahl etwa 1 Liter graugelben, rahmigen, nicht übelriechenden Eiters entleert. Ein Theil desselben wird sofort steril aufgefangen behufs späterer Untersuchung. Der Abscess hat, wie sich bei der Abtastung ergibt, seinen Sitz zwischen der Musculatur der Recti und hinteren Fascie, also extraperitoneal. Die Wunde wird drainirt und ein Verband angelegt. Der weitere Heilungsverlauf war ein ungestörter. Temperatursteigerung trat nicht auf. Die Wunde schloss sich ziemlich rasch durch Granulation, Patient erholte sich sichtlich und wurde am 5. Mai geheilt entlassen.

Eine vorläufige Untersuchung des Eiters in Ausstrichpräparaten ergab das Vorhandensein ziemlich zahlreicher Diplococcen.

Die genaue bacteriologische Untersuchung des steril aufgefangenen Eiters, wobei Herr Dr. Seibold, Assistent am patholog. Institut der thierärztl. Hochschule hier in liebenswürdigster Weise mir an die Hand ging, ergab durch Cultur auf verschiedenen Nährböden und Impfungen (wie ich wohl nicht näher auseinanderzusetzen brauche), mit Sicherheit das Vorhandensein des Diplococcus pneumoniae (Fraenkel) in Reincultur. Besonders mit Carbolfuchsinfärbung liess sich die Kapsel sehr schön darstellen und die Diplococcen waren theils einzeln, theils in Ketten von 4—6 Gliedern angeordnet.

Meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Zeller, spreche ich für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und die Ueberlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank aus.

[1]) Ortmann und Samter: Beitr. z. Localisation d. Diplococc. pneumoniae. Virchow's Arch. Bd. 120.

[2]) Richard Mills Pearce: The bacteriology of lobar and lobular Pneumonia: Various infections due to the diplococcus lanceolatus. Boston Journ. Vol. CXXXVII, No. 23.

Ein Fall von acuter Formalinvergiftung.

Von Dr. J. Klüber in Erlangen.

Am 25. VI. 1900, Nachts 10 Uhr, wurde ich zu einem 47 jährigen Manne gerufen, „den vor ca. 1 Stunde der Schlag gerührt habe". Ich fand den Patienten, einen mir als gesund und nüchtern bekannten, kräftigen Mann, bewusstlos in den Kleidern auf dem Bette liegend, mit blassem Gesicht, am ganzen Körper mit kaltem, klebrigen Schweiss bedeckt. Die Athmung war wenig beschleunigt, über der Lunge leichtes Rasseln, die Herzthätigkeit gut (Puls 78 in der Minute, voll und regelmässig); Temperatur in axilla 37,3°; Corneareflex, sowie Patellar- und Cremasterreflex prompt auszulösen. Es bestand keine Ungleichheit der Gesichtsinnervation, auch sonst keine nachweisbare Lähmung; doch war es absolut unmöglich, den Patienten durch Anruf, Rütteln, Kneifen, Stechen etc. zur Besinnung zu bringen. Erbrochen war bis jetzt nicht worden. Eine Magenausspülung, die nur einige Speisereste zu Tage förderte gab keinen Aufschluss.

Ich schloss nach den vorliegenden Symptomen Apoplexie aus und stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wegen der Aehnlichkeit mit einem Rauschzustand auf acute Intoxication, dabei die Frage einer plötzlichen psychischen Erkrankung (Epilepsie!) offen lassend. Patient, der vor seinem Bette auf dem Boden liegend (Gesicht nach unten, wie leichte Schürfungen zeigten) gefunden worden war, konnte höchstens 1½ Stunden hier gelegen haben.

Die Nacht verlief ohne besondere Störung, unter steter Controle der Herzthätigkeit; Athmung bald rasselnd, bald freier; einmal stiess Patient auf lauten Anruf einige gurgelnde, inarticulirte Laute aus. Morgens gegen 9 Uhr war er einigermaassen zu Bewusstsein zu bringen, doch immer noch stark benommen. In Absätzen, stark bellend, gab er an, er habe Abends wegen Stuhlverstopfung aus einer Flasche einen tüchtigen „Schluck" (etwa 1 Schoppen) Apenta-Bitterwasser genommen; es habe wie lauter Galle geschmeckt, er habe direct nach dem Trinken das Gefühl gehabt, dass er „zuviel erwischt" habe, und die leere Flasche weggestellt. Wie er in sein Zimmer (in einem anderen Stockwerk) gekommen und was dort geschehen sei, wisse er nicht.

Leider enthielt die betreffende Flasche nur noch wenige Tropfen des „Bitterwassers", die schwach spirituös rochen. Herr Prof. Dr. Paal, der Vorstand des Nahrungsmittel-Untersuchungsamtes, dem ich auch an dieser Stelle für seine Bemühungen meines besten Dankes versichern möchte, konnte Folgendes feststellen:

Die paar Tropfen Flüssigkeit zeigen beim Erwärmen den schwachen, aber charakteristischen Geruch des Formaldehyds, sodass aus diesem Geruche schon auf eine verdünnte Lösung zu schliessen ist. Die wenigen Tropfen zeigen mit Barytsalzen die Reaction auf Sulfate (Abscheidung von Bariumsulfat), was darauf hindeutet, dass eine Mischung der verdünnten Formalinlösung mit Apentawasser vorliegt. Das Formalin wurde charakterisirt, wie schon erwähnt, durch den Geruch, ferner durch Reduction (Schwärzung) von ammoniakalischer Silberlösung, endlich durch die von Trillat angegebene Reaction der Bildung von Anhydroformaldehyd-Anilin (durch Zusammenbringen der zu untersuchenden Probe mit Anilinwasser, wobei sich nach kurzer Zeit die genannte Verbindung als milchige Trübung abscheidet). Zu weiteren Versuchen reichten die wenigen Tropfen nicht aus.

Wie das Formalin in die mit „Apenta" etikettirte Flasche gelangte, ist bis jetzt nicht aufgeklärt.

Patient fiel bald wieder in seinen soporösen Zustand zurück, aus dem er öfter aufgerüttelt wurde, um tüchtige Mengen Wildunger-Wassers (behufs Durchspülung) zu trinken; es bestand nämlich seit der Erkrankung absolute Anurie. Abends 5 Uhr wurde der erste Urin ausgeschieden, der, hell strohgelb, diabetischem Harne glich; Albumen und Saccharum waren nicht vorhanden, wohl aber zeigte sich eine starke Schwärzung beim Erwärmen mit ammoniakalischer Silbernitratlösung (Ameisensäure).

Gegen Abend wurde Patient munterer, erzählte dem mittlerweile zugezogenen Herrn Prof. Penzoldt, der die Intoxicationsdiagnose bestätigte, schon zusammenhängender den gestrigen Vorfall, wobei er sich im Gegensatze zu seinem sonst ernsten und gesetzten Wesen wie leicht angeheitert benahm, hell auflachte und angab, sich ganz wohl zu fühlen; Magenschmerzen und Uebelkeit habe er nicht verspürt, wohl aber dumpfen Kopfschmerz. In den letzten Stunden hatten sich auch die Augenlider geröthet, und die Augen ziemlich stark gethränt. Patient bekam zum Vergleich richtiges Apenta zu verkosten, das er als „süss" gegen das gestern getrunkene bezeichnete. Auf den Beginn der Erkrankung konnte er sich auch jetzt nicht besinnen. Mundschleimhaut und weicher Gaumen waren ziemlich stark geröthet.

Nach einer ruhigen Nacht, während der Patient wieder ohne Unterbrechung schlief, erwachte er am nächsten Tage früh um 9½ Uhr und fühlte sich ganz gesund und frisch, so dass er Nachmittags schon wieder seiner Arbeit nachgehen konnte. In der Folge blieb er auch gesund; die Reaction mit Ammoniak und Silbernitrat war aber am zweiten Tage noch ganz deutlich.

Herrn Prof. Dr. Penzoldt bin ich für die Mitbehandlung des Falles zu grossem Danke verpflichtet.

Ohne Zweifel hatten wir es hier mit einer acuten Formalinintoxication zu thun. Die wesentlichsten Symptome bestanden in einer mehrstündigen vollständigen Betäubung, ähnlich der bei einer schweren Alkoholintoxication, mit einer 19stündigen Anurie, Röthung der Conjunctival- und Rachenschleimhaut, sowie der Ameisensäurereaction im Urin.

Der Umstand, dass ich auch in der neuesten Literatur keine Angaben über ähnliche Fälle beim Menschen fand, veranlasste mich zu dieser kurzen casuistischen Mittheilung. Bei der häufigen Verwendung des Formaldehyds zur Wohnungsdesinfection etc. erscheint es jedoch nicht unwahrscheinlich, dass derartige Beobachtungen öfter gemacht werden.

Aus der Frauenklinik der Universität Basel (Director: Prof. Dr. Bumm).

Ein einwandsfreier Fall von hysterischem Fieber.

Von Dr. E. Wormser, I. Assistenzarzt und cand. med. Rob. Bing, Unterassistent der Klinik.

(Schluss.)

Es handelt sich also um ein hereditär stark belastetes Individuum, das mit der Pubertät die ersten Zeichen einer sich rasch entwickelnden, mittelschweren Form der Hysterie zeigt. Sehen wir ab von den nur anamnestisch eruirten Störungen, so sind Anaesthesie, Analgesie, Hyperaesthesie, Migraine, Ovarie, Doppelsehen, Einengung des Gesichtsfelds, Achromatopsie (?) die sensoriellen Stigmata. Abasie-Astasie, Tremor, sowie der mit Contractur verschiedener Muskelgruppen einhergehende Krampfanfall bezeugen die Mitbetheiligung der Motilität. Deutlich ausgeprägt ist der hysterische Charakter, die gesteigerte gemüthliche Erregbarkeit, der pathologische Stimmungswechsel, die frühzeitige und übermässige sexuelle Reizbarkeit, schliesslich die Neigung zur Uebertreibung der Beschwerden, zur Simulation. — Auf so präparirtem Boden entwickelt sich nun eine acquirirte Gonorrhoe zu derartig schweren subjectiven Beschwerden, dass erst eine partielle, dann aber die totale Ausschaltung der inneren Genitalien auf operativem Wege vorgenommen werden muss. Die Unterleibsbeschwerden sind dadurch sehr günstig beeinflusst. Die Klimax praecox zeitigt jedoch auf dem günstigen Terrain ihre verderblichen Folgen. Es treten die gewöhnlichen Symptome: Wallungen, Hitzegefühl, Kopfschmerz, leichter Grad von Obesitas auf; dazu kommt aber eine, zur Zeit der Regel gesteigerte, Neigung zu Anfällen: so gerade wenige Tage nach der Operation, in Folge einer geringfügigen Ursache, ein äusserst heftiges Excitationsstadium mit Wein- und Schluchzkrämpfen, und dann, 8 Wochen später, der oben beschriebene, mit Fieber combinirte Krampfanfall.

Was zunächst den Krampf betrifft, so unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass es sich um einen Anfall von hysterischem „Petit mal“ handelt. Das Auftreten in Form einer Attake, die starke Bewusstseinstrübung, die Betheiligung der verschiedensten heterogenen Muskelgruppen lassen differential-diagnostisch gar keine andere Erklärung zu.

Nun kommt aber die Hauptsache in unserem speciellen Fall, das Fieber. Ist dasselbe wirklich ein rein hysterisches Symptom, oder lassen sich nicht vielleicht noch andere Ursachen dafür auffinden? Von vorneherein auszuschalten ist eine Ansicht, die auch schon zur Erklärung des „hysterischen“ Fiebers verwerthet wurde und welche die Temperatursteigerung auf Rechnung der heftigen tonischen Muskelcontractionen setzt, analog der postepileptischen Temperatursteigerung. Wie in vielen Fällen der Literatur war aber auch bei dem unsrigen zuerst (10 Stunden früher als der Anfall) das Fieber (38,8°) vorhanden, kann also nicht dessen Folge sein; ebenso wäre es schwer verständlich, wie 36 Stunden nachher, am 3. Morgen, noch eine Temperaturerhöhung bis auf 39,0° als Ausdruck dieser passageren Muskelarbeit sich einstellen sollte, wo schon 4 Stunden nach derselben die Körperwärme auf 37,8° gesunken war.

Es bleiben also nur somatische Störungen, die als Fiebererreger in Betracht kämen, und da gibt es bloss zwei Dinge, an die man denken könnte, das sind die Operationsstümpfe und die Otorrhoe. Dass von Seiten der ersteren eine Fieberbewegung wie die vorliegende ausgehen konnte, ist absolut unmöglich. Weder vorher noch nachher war in der Gegend der Stümpfe, bei genauester bimanueller Palpation, die geringste Infiltration nachzuweisen; von Abscessbildungen, die einer solchen rapiden und bedeutenden Temperatursteigerung am ehesten entsprechen könnten, auch in der Folgezeit keine Spur. Im kleinen Becken ist die Ursache für das Fieber sicher nicht zu suchen. Bleibt die Otorrhoe, die seit Jahren gleichmässig besteht, als Ausdruck einer chronischen Otitis media. Man müsste an ein neues, acutes Aufflammen des Processes, an Mastoiditis, an septische Sinusthrombose, event. Hirnabscess denken. Aber nichts von alledem im Symptomenbild, weder subjectiv noch objectiv: Keine Ohrenschmerzen, keine Druckempfindlichkeit der Processus mastoidei, weder Secretverhaltung noch vermehrte Secretion; der rasche Abfall der Temperatur, das auch nachträgliche Fehlen jeden, auch des geringsten Symptoms lassen diese Eventualität mit Sicherheit ausschliessen. Wir haben eine solche Möglichkeit überhaupt nur erwähnt, um zu beweisen, dass wir auch an die entferntest liegenden Dinge gedacht haben. Da sie aber, wie wir eben sahen, nicht zur Erklärung herangezogen werden können, da auch sonst die zweimal wiederholte, minutiöseste Untersuchung des ganzen Körpers keinerlei Organlaesion auffinden liess, so war bei der offenkundig hysterischen Patientin die Annahme eines auf hysterischer Basis entstandenen Fiebers gerechtfertigt, wollte man nicht einfach ein „Causa ignota“ zu den Werthen von 40,4° und 39,0° setzen.

Von den das hysterische Fieber charakterisirenden Eigenthümlichkeiten sind in unserem Falle vorhanden: der acute Beginn mit einer Morgentemperatur von 38,8°, die bedeutende Steigerung, der brüske Abfall, so dass 4 Stunden nach der höchsten Erhebung die Temperatur (spontan!) um 3 Grad wieder fast zur Norm gesunken war; das Fehlen auch der geringsten Spur Albumen im Urin, das ungestörte Allgemeinbefinden am Tage nach dem Anfall. — All' dies zusammengenommen wäre bei Fieber aus irgend welcher anderer Ursache zum Mindesten merkwürdig, während es ganz in den Rahmen, den wir ihm zutheilen, hineinpasst.

Wie ist es nun in diesem Falle zu einem Fieberanfall gekommen? Auf Hypothesen wollen wir uns nicht einlassen, sondern nur hervorheben, dass der Anfall sich einstellte zur Zeit der nicht wiederkehrenden Menstruation, wie auch, 8 Wochen vorher, der Wein- und Schluchzkrampf um dieselbe Epoche eingetreten war. Es lässt sich leicht vorstellen, dass der menstruelle Reiz, der bei nicht nervös veranlagten Castrirten schon die bekannten Beschwerden verursacht, hier, auf dem Boden der Hysterie, zu viel stärkeren Ausfallserscheinungen führen muss, als deren Ausdruck der combinirte Krampf- und Fieberanfall anzusehen ist. Analoga in der Literatur, die als Beleg für eine derartige Deutung anzusehen wären, haben wir allerdings nicht gefunden, insofern wenigstens nicht, als unter den beschriebenen Fällen von hysterischem Fieber nur ein von Sarbó[31]) beobachteter bei einer Castrirten auftrat, jedoch als prolongirter Fieberzustand, der mit den menstruellen Verhältnissen nichts gemein zu haben scheint. Eine uns leider nicht im Original zugängige Publication von Vérette[32]) scheint allerdings auch Fälle zu enthalten, die einige Aehnlichkeit mit dem unsrigen haben, indem aus den mitgetheilten Krankengeschichten hervorgehen soll, dass bei mehreren Patienten nach dem plötzlichen Abruch der Menstruation Hysterie und hysterisches Fieber aufgetreten seien; das Fieber bot den continuirlichen Typus dar; ob Exacerbationen oder dergleichen zur Zeit der ausbleibenden Periode beobachtet wurden, ist aus der kurzen Besprechung von Sarbó nicht ersichtlich.

Wenn nun auch Fälle, wie der unserige, nicht beobachtet worden zu sein scheinen, so ist doch einerseits der Einfluss der menstruellen Erregung der vasomotorischen Centren auf das Befinden Hysterischer bekannt; andererseits wiederum sind die Fälle nicht so selten, wo in Folge der Castration hysterische Symptome in verstärktem Maasse auftreten[33]), so dass die Steigerung der

---

[31]) Sarbó: loc. cit., pag. 514 ff.

[32]) Vérette: De l'hystérie aigue, par l'arrêt subit de la menstruation. Thèse de Paris 1875, cit. bei Sarbó.

[33]) Vergl. Schmalfuss: Zur Castration bei Neurosen. Arch. f. Gynäk., Bd. 26, I.
Glaevecke: Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper etc. Arch. f. Gynäk., Bd. 35, pag. 28.
Pfister: Die Wirkung der Castration auf den weiblichen Organismus. Arch. f. Gynäk., Bd. 56, III.
F. Keppler: Das Geschlechtsleben des Weibes nach der Castration. Wien. med. Wochenschr. 1891, No. 37 u. 38.

Krankheitssymptome zum Anfall gerade um diese kritische Zeit nichts Abnormes hat. Die „Molimina menstrualia", die bei Castration auftreten, sind der Ausdruck einer Störung der vasomotorischen Centren. Dass unter begünstigenden Verhältnissen, d. h. auf neuropathischer Basis, die Störung viel höhere Grade annehmen kann, als dies gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, ist ohne Weiteres verständlich und so bliebe schliesslich nur noch zu erklären, wieso aus diesen Factoren Fieber resultiren kann. Bei dem engen Connex, in dem die vasomotorischen und thermogenen Centren — die letzteren gewissermaassen als „Vorgesetzte" der ersteren — zu einander stehen, scheint es leicht möglich, dass ein sehr starker Reiz, der das eine trifft, auch das andere in Mitleidenschaft ziehen kann

Cuzin[24]) nimmt an, dass das gewöhnliche (toxische) Fieber auf einer Reizung der thermogenen Centren der Basis beruhe, das hysterische jedoch auf einer Lähmung der Hemmungscentren der Rinde, von denen oben die Rede war. Auch Boulay[25]) ist dieser Ansicht.

Diese Lähmung des corticalen Centrums wäre dann analog der Entstehungsursache aller anderen hysterischen Symptome: „absence du contrôle cortical sur les centres inférieurs". Und die Ursache für die corticale Lähmung hinwiederum sei ein Gefässkrampf, der zur vorübergehenden Ernährungsstörung führt.

Das hysterische Fieber kann in verschiedenen Formen auftreten und man hat auch versucht, Rubriken zu bilden, worin die einzelnen Fälle hübsch geordnet untergebracht worden sind. Die französische Schule theilte früher ein in „forme continue" (oder „lente"), „courte" (oder „remittente") und „intermittente" — also nach dem Charakter der Fieberbewegung [Gagey[26]), Briand[27])]. Boulay[25]), Chauveau[28]) und nach ihnen noch ausgesprochener Cuzin, trennen die nur als Fieberzustand auftretenden Fälle von denen, die unter dem Bilde einer Organerkrankung verlaufen. So theilt Cuzin die Fälle ein in „Fièvre essentielle" und „Fièvre pseudo-viscérale", wobei die letztere auftreten kann als „type dothiénentérique, pseudo-méningitique, pseudo-pulmonaire, pseudo-péritonitique" und endlich „pseudo-paludéen" (die „forme intermittente" der Alten); er theilt selbst einen interessanten Fall mit, wo bei einer Hystero-epileptischen nacheinander erst essentielles Fieber und dann Fieberzustände auftraten, die an Meningitis, an Peritonitis und schliesslich an Malaria denken liessen, ohne dass jedoch die charakteristischen anatomischen Veränderungen der betreffenden Krankheiten nachzuweisen gewesen wären, oder der ganze Verlauf den Unterschied nicht deutlich gemacht hätte. Nur der Anfall von „fièvre pseudo-péritonitique" ist nicht ganz einwandsfrei, da die betreffende Patientin eine gonorrhoische Salpingitis in sich barg, die den betreffenden Fieberanfall mit den begleitenden Symptomen sehr wohl erklären kann. Und wo wir eine Organlaesion als Ursache finden, dürfen wir nicht von hysterischem Fieber sprechen; jedenfalls sind solche Fälle nicht einwandsfrei und desshalb nicht geeignet, das Vorkommen der rein hysterischen Hyperpyrexie zu beweisen.

Ein anderes Eintheilungsprincip befolgt Sarbó[29]), ausgehend von der Idee, dass die „pseudo-visceralen" Symptome secundär seien und sich desshalb nicht zur Basis der Classification eignen. Er vindicirt dem hysterischen Fieber die Stellung als hysterisches Aequivalent, eine Ansicht, die sehr vieles für sich hat, und dementsprechend theilt er ein, analog den hysterischen Hauptsymptomen in: continuirliches Fieber (analog der langdauernden Anaesthesie und dem „Etat de mal") und Fieberparoxysmen (analog der ephemeren Anaesthesie und dem Krampfanfall). In beiden Hauptgruppen werden leichte und schwere Fälle unterschieden, je nach dem Grade der Temperatursteigerung.

Was unseren Fall anbetrifft, so will er so recht in keines der betreffenden Schemata sich einreihen; wir wollen diesen Punkt gerade desshalb betonen, weil er so trefflich passt zum Gesammtbilde der Hysterie, die das „enfant terrible" der classificirenden Nosologie genannt werden könnte. Unsere Patientin bot Zeichen der Meningitis: Das rasch ansteigende hohe Fieber, der intensive Kopfschmerz, die Benommenheit, die Contracturen, all' dies liesse sich schliesslich in das Gesammtbild einer echten, eitrigen Meningitis einreihen, so dass wir schon berechtigt wären, von einem „type pseudo-méningitique" zu sprechen; immerhin fehlen aber doch einige wichtige Punkte, so namentlich das Erbrechen, Störungen der Pupillenreaction etc., die, wenn sie vorhanden sind, die Differentialdiagnose sehr erschweren können. Es stimmt also unser Fall nicht ganz mit dem einen oder anderen der aufgestellten Typen; er ist eine Art essentielles Fieber, combinirt mit einem hysterischen Anfall.

Diese Combination ist nicht so selten; Fieber- und Krampfanfall scheinen sich combiniren oder auch sich ersetzen zu können. Wir haben schon oben erwähnt, dass wir die Ansicht von Sarbó theilen, der das Fieber gewissermaassen als hysterisches Aequivalent betrachtet. Zu dieser Ansicht wurde er gedrängt durch die Beobachtung einer Patientin, die längere Zeit hindurch Fieber- und Krampfanfälle aufwies, und zwar so, dass oft das Fieber dem Krampfanfall voranging, oft ihm folgte oder zugleich mit ihm auftrat, oft aber auch, nach der gewohnten Aura, an Stelle der ausbleibenden Attacke sich allein einstellte.

Leichter unterzubringen ist unser Fall in das Schema von Sarbó und zwar würde er dort eingereiht unter die Fälle mit Fieberparoxysmen stärkeren Grades (mit Temperaturen über 38,5°); immerhin ist es auch dafür kein reiner Fall, weil der febrile Zustand 3 Tage andauerte mit nur 2 grösseren Erhebungen auf 40,4° am Abend des ersten Tages und auf 38,8° (resp. 39,0° bei Rectalmessung) am Morgen des dritten Tages.

Es bliebe uns noch übrig, mit wenigen Worten der Diagnose, Prognose und Therapie des hysterischen Fiebers zu gedenken. Was die Diagnose betrifft, so sind alle Autoren darin einig, dass sie nur bei wirklich hysterischen Personen und per exclusionem gestellt werden kann. Wenn alle klinischen Hilfsmittel der Diagnostik innerer Krankheiten erschöpft sind, ohne ein positives Resultat gebracht zu haben, wenn auch im späteren Verlaufe nichts sich ereignet, was retrospectiv einen Schimmer der Erkenntniss auf den ursprünglich räthselhaften Fieberzustand zu werfen im Stande wäre, wenn der Beginn, der Verlauf, der Abfall, die Folgen des Fiebers so sich verhalten, dass es für eine Organlaesion auffällig wäre, während es mit den bekannten Zeichen des hysterischen Fiebers stimmen würde, wenn all' dies bei einer Person stattfindet, deren Hysterie sichergestellt ist, wenn schliesslich kein Zweifel besteht über die Richtigkeit der Messung — dann, aber allerdings nur dann, ist man berechtigt, oder sogar verpflichtet, falls man nicht auf die Stellung einer Diagnose überhaupt verzichtet, hysterisches Fieber anzunehmen.

Was die Prognose betrifft, so ist sie absolut günstig und es kann geradezu als Beweis für die Existenz eines auf rein nervöser Basis entstandenen Fiebers hingestellt werden, dass die unglaublichen und doch einwandsfrei festgestellten Temperaturen von 44 und 45° C., die, wenn auf toxischer Grundlage beruhend, unbedingt tödtlich sind, bestehen und wieder verschwinden, ohne die geringste Störung zu hinterlassen!

Aus dem Grunde ist auch eine besondere Therapie des hysterischen Fiebers unnöthig; sie fällt zusammen mit der Therapie des Grundleidens, der Hysterie.

Schmitz: Nervosität nach Castration. Naturforscherversamml. in Düsseldorf 1898.

Strauch: Zur Castration wegen functionirender Ovarien bei rudimentärer Entwicklung der Müller'schen Gänge. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. XV, pag. 138.

[24]) Cuzin: loc. cit.

[25]) Boulay: loc. cit.

[26]) Gagey: Des accidents fébriles qu'on remarque chez les hystériques. Thèse de Paris 1869.

[27]) Briand: De la fièvre hystérique. Thèse de Paris 1877. Gazette hebdomadaire 1883, No. 40.

[28]) Chauveau: Forme clinique et pathogénie de la fièvre hystérique. Thèse de Paris 1888.

[29]) Sarbó loc. cit., pag. 504.

Welchen Standpunkt dürfen wir jetzt in der Frage der Therapie chronischer Mittelohreiterungen einnehmen und wie steht es mit der Cholesteatomfrage?

Von Dr. Ernst Leutert, Privatdocent der Ohrenheilkunde in Königsberg.

(Schluss.)

Erreicht die Perforation der unteren Trommelfellhälfte im hinteren oder vorderen Quadranten den Knochenrand, woraus wir mit ziemlicher Sicherheit auf eine Erkrankung der hinteren unteren, oder vorderen unteren Paukenwand schliessen können, so würden wir mit der Radicaloperation nur erreichen, dass wir den Herd der directen Behandlung zugänglich machen, denn die hintere Wand lässt sich wegen der Gefahr für den Facialis nicht

abtragen, und der Boden der Pauke ist nur bei günstigen anatomischen Verhältnissen, auf die man nicht rechnen kann, mit dem Meisel erreichbar. Es ist daher zum mindesten zweifelhaft, ob die geringen Vortheile, welche die Radicaloperation unter diesen Verhältnissen bietet, die Vornahme der Operation rechtfertigt. Freilich liegen diese Fälle auch für die conservative Therapie ungünstig und wird man nicht selten auf völlige Heilung verzichten müssen. Da aber die Gefahren für den Träger solcher Erkrankungen gering sind, erscheint es mir als das Rationellste, die meist geringe Eiterung in Schranken zu halten und dem Patienten einzuschärfen, sein Ohr von Zeit zu Zeit controliren zu lassen. Die Chancen für eine Spontanheilung sind zwar nicht gross, aber immerhin vorhanden.

Die Lage der Perforation im hinteren oberen Trommelfellquadranten, welche wir als den Ausdruck einer bestehenden Caries des langen Ambossschenkels kennen gelernt haben, macht es a priori unwahrscheinlich, dass wir mit den soeben geschilderten Arten der Therapie, wie mit allen conservativen einen Erfolg erzielen können. Es ist daher eigentlich ganz selbstverständlich, dass wir hier, ohne zuvor die Geduld des Patienten mit erfolgloser anderweitiger Behandlung zu erschöpfen, zur Operation, zur Hammer-Ambossextraction, schreiten, und dieser Entschluss muss uns um so leichter fallen, als der Eingriff an sich völlig gefahrlos ist und dem Patienten wenig Unbequemlichkeiten — ausser den mit der Narkose verbundenen — verursacht.

Ich kann in Uebereinstimmung mit Koerner (l. c.) u. A. Stacke[22]) nicht beipflichten, wenn er sagt: „Ich selbst habe wenig Vertrauen (zur Hammer-Ambossextraction) und halte mit meiner Ansicht nicht zurück. Allerdings heilt ja ab und zu ein Fall scheinbar aus, manchmal auch dauernd.“ Nach meinen Erfahrungen garantirt vielmehr die kleine Operation gerade in dem vorliegenden Falle sehr gute Erfolge. Häufig ist allerdings eine kürzere oder längere Nachbehandlung erforderlich, da ja event. noch die gleichzeitig bestehende meist geringe Schleimhauteiterung zu heilen ist, nicht selten aber ist der Erfolg ein überraschend schneller und auch dauernder.

Nicht so ganz günstig liegen die Verhältnisse bei der in der Membrana Shrapnelli dicht über oder hinter dem Processus brevis gelegenen Perforation (Hammerkopfcaries, Caries des Ambosses); hier kommt ja ausserdem die Attikeiterung dazu, welche nach der Entfernung der Gehörknöchelchen meistens noch gesondert behandelt werden muss, doch sind auch hier die Resultate immerhin noch so günstige, dass niemals sofort die Radicaloperation gemacht werden sollte.

Können wir bei einer vor dem Processus brevis in der Membrana Shrapnelli gelegenen Perforation, welche den Knochenrand nicht erreicht, eine Attikeiterung ohne Gehörknöchelchencaries annehmen, so ist trotzdem die Entfernung der beiden äusseren indicirt, da wir sonst nicht an den Krankheitsherd heran können und die Gefahren der Eiterretention nicht abzuwenden im Stande sind. Zu bemerken ist jedoch, dass die Diagnose, ob die genannte Perforation randständig ist oder nicht — im ersteren Falle müssen wir mit der sehr naheliegenden Möglichkeit eines vorhandenen Cholesteatoms rechnen —, selbst für den Geübten nicht immer leicht ist; wirklich günstige Chancen bietet die Operation jedoch nur dann, wenn die Perforation den Knochenrand noch nicht erreicht hat.

Liegt ein grosser Trommelfelldefect mit erhaltenem schmalsten Trommelfellsaum vor (Diagnose der Amboscaries unsicher), so darf die Hammer-Ambossextraction nicht eher vorgenommen werden, als bis die Herkunft des Eiters aus dem Attik festgestellt ist. Hier leistet der Siegle'sche Trichter gute Dienste.

Wer somit die Grenzen für die Indicationen zur Hammer-Ambossextraction möglichst eng zieht, wird die Bemühungen Kessel's und Ludewig's um die Verbreitung dieser Operation voll anerkennen, wer sie weiter zieht, ohne sich voll bewusst zu sein, dass die Operation dann nur noch den Zweck haben kann, die Gefahren der Eiterretention zu verringern, event. die Möglichkeit einer späteren Ausheilung nach mühsamer conservativer Therapie zu eröffnen, wird bald Pessimist werden.

Erreicht nun die Perforation in der Membrana Shrapnelli oder im hinteren oberen Trommelfellquadranten den Knochenrand, so handelt es sich wohl mit Sicherheit um eine Erkrankung des Antrums, fast immer mit Betheiligung dessen knöcherner Wandungen, ganz abgesehen von der Caries der Gehörknöchelchen und der Attikeiterung. Gerade diese Erkrankungen sind es bekanntlich, welche die tödtlichen Complicationen der chronischen Eiterung relativ häufig im Gefolge haben, weil hier die Gefahren der Eiterretention, besonders bei acuten Exacerbationen und die der Cholesteatombildung, bedeutende sind. Solange die Gehörknöchelchen, wenn auch nur theilweise, noch vorhanden sind, sind wir nicht im Stande, den Herd direct anzugreifen oder auch nur mit einiger Sicherheit einen stets ausreichenden Eiterabfluss zu erzielen. Ja wir können nicht einmal sagen, wie weit sich die Caries oder das Cholesteatom über das Antrum hinaus nach dem Warzenfortsatz bezw. der Hirnhaut oder dem Sinus zu erstreckt. Wer derartige Fälle principiell zu operiren sich entschliesst, wird erstaunt sein, zu bemerken, dass in der Mehrzahl die Erkrankung weit in den Warzenfortsatz hinein, häufig bis zur Dura oder dem Sinus sigmoideus, sich erstreckt, ohne dass aussen am Warzenfortsatz die geringsten Zeichen einer so gefährlichen Erkrankung bestehen, niemals aber wird er deutliche Zeichen einer schweren Antrumerkrankung vermissen. Was soll uns hier die conservative Therapie nützen? Wohl kommt es vor, dass auch derartige Erkrankungen ausheilen, jeder Ohrenarzt hat solche Fälle wiederholt gesehen, und die conservative Therapie kann solche Spontanheilungen, wenn auch in geringem Grade, unterstützen, aber es widerspricht doch allen Grundsätzen der Chirurgie, einen gefährlichen Eiterherd, den man entfernen kann, im Körper zu belassen, weil zuweilen Spontanheilungen vorkommen. Hier muss die breite Eröffnung aller Mittelohrräume, die sogen. Totalaufmeiselung[23]), wie sie uns Stacke gelehrt hat, vorgenommen werden, selbstverständlich mit Wegnahme aller erkrankten Knochenpartien ohne Rücksicht auf die Freilegung der Dura. Nur in diesem Sinne ist die Operation von Stacke gedacht. Dass man vor dem Facialis, den Bogengängen und der Labyrinthwand, auch wenn sie erkrankt sind, zunächst Halt machen muss, ist selbstverständlich. In unseren Fällen, in welchen äussere Symptome einer Warzenfortsatzerkrankung fehlen, muss die Operation mit der Eröffnung des Antrums resp. des Attiks beginnen, erweisen sich dann die äusseren Partien des Warzenfortsatzes als gesund, so wird die Operation, nachdem eine einzige allseitig möglichst glatte Höhle hergestellt ist, beendigt, und die Wunde hinter dem Ohr primär genäht.

Da ich das Cholesteatom nur als eine unter besonderen Umständen auftretende Begleiterscheinung der chronischen Eiterung betrachte, so sehe ich auch keinen Grund ein, eine persistente Oeffnung hinter dem Ohr zu erzielen. Sie wird sich bei ausgedehnter Caries eines grossen Warzenfortsatzes bisweilen zunächst nicht vermeiden lassen, bei kleinen Kindern und besonders empfindlichen Individuen erleichtert sie auch die Nachbehandlung, immer aber muss dann wenigstens gegen den Schluss der Nachbehandlung die grösstmöglichste Verkleinerung der retroauriculären Oeffnung erstrebt, oder diese durch eine Plastik secundär verschlossen werden. Ich schliesse mich also vollständig der Auffassung Koerner's an, welcher auch bei den von ihm als ziemlich häufig angenommenen wahren Cholesteatomen die retroauriculäre persistente Oeffnung nach Möglichkeit vermieden wissen will, kann aber die Vortheile nicht einsehen, welche er sich davon verspricht, dass er die Gehörgangsplastik[24]), welche zur schnelleren Epidermisirung der Wundhöhle und zur Herstellung eines weiten Meatus auditorius externus dient, bei den „wahren Cholesteatomen“ erst in einer zweiten Operation 3—4 Wochen nach der ersten vornimmt. Für die Patienten ist es unangenehm, sich noch einmal in Narkose operiren zu lassen, sie verbinden ausserdem hiermit leicht die Auffassung, dass die erste Operation nicht sachgemäss ausgeführt worden sei. Dem geübten Operateur wird es nicht gerade häufig passiren, bei der Operation erkrankten Knochen nicht als solchen zu erkennen oder Ausläufer eines Cholesteatoms zurückzulassen. Ist es ge-

[22]) Die operative Freilegung der Mittelohrräume etc. Tübingen 1897, Franz Pietzker.

[23]) Die von Schwartze in seinem Handbuche noch als selbständige Operation empfohlene Wegnahme der vorderen Attikwand ohne Eröffnung des Antrum wird heute, da sie selten zum Ziele führt, wohl nicht mehr geübt.

[24]) Die sogen. Koerner'sche Methode der Plastik unterscheidet sich in keinem einzigen principiellen Punkte von der von Panse angegebenen. Wenn Koerner genau dieselben Schnitte führt wie Panse, nur etwas weiter bis in die Cymba conchae hinein, so können Einige, zu denen ich wegen der dadurch erzielten, unnöthig grossen Gehörgangseingänge nicht gehöre, darin eine Verbesserung der Panse'schen Methode erblicken, aber keine eigene „Koerner'sche“.

schehen, und das passirt zumeist mit kleinen kranken Knochenpartien, deren Erkennung während der Operation zweifellos sehr schwer sein kann, so documentirt sich das im Laufe der Nachbehandlung dadurch, dass die Epidermis von dieser Partie immer wieder durch geringe Eiterung abgehoben wird. Es ist dann nicht gerade schwierig, solche Knochentheile nachträglich mit dem Meisel wegzuschlagen oder abzufraisen, was ich während meines hiesigen Aufenthaltes 2 mal zu thun gezwungen war. Die Abmeiselung wurde in sitzender Stellung des Patienten nach Cocainisirung der Granulationen vorgenommen, die Abfraisung in liegender Stellung. Bei Kindern müsste natürlich narkotisirt werden. Für den Patienten war der kleine Eingriff indifferent, und die vorher hartnäckig eiternden Partien heilten alsbald aus. In einem 3. Falle war ich gezwungen, ein gut erbsengrosses Cholesteatom, welches augenscheinlich aus einem bei der Operation zurückgebliebenen Epidermisstückchen in der von mir (l. c.) geschilderten Art entstanden war, in einer zweiten Operation zu entfernen. Die nach der ersten Operation erzielte Heilung hatte nur ½ Jahr vorgehalten.

Stacke, welcher die retroauriculäre Oeffnung nach Möglichkeit vermieden sehen möchte und sie für eine „geradezu scheussliche Cloake" erklärt, glaubt doch, dass sie bei Cholesteatomen nicht immer entbehrt werden könnte, denn er sieht in diesem noch immer eine Art maligner Geschwulst, die sehr zu Recidiven neigt und auf deren rechtzeitige Erkennung er grossen Werth legt. Aus demselben Grunde rottet er auch, entgegen Siebenmann, welcher sie zu schonen empfahl, die Cholesteatommatrix so gründlich wie möglich aus. Wie will aber Stacke mit dieser Auffassung vom Cholesteatom die doch nicht allzu seltene Thatsache der Spontanheilung oder wenigstens theilweisen Spontanheilung dieses sogen. Tumors vereinigen, wo die gefürchtete Matrix sich als die unschuldigste Epidermis entpuppt? Auch in dieser Frage kann ich Koerner vollständig beipflichten, wenn er schreibt (l. c. S. 126): „Bei der Ausräumung des Tumors lasse ich dessen Hülle nur da zurück, wo sie in dünner Lage trocken und nicht verfärbt dem Knochen aufliegt. Unter so beschaffener Epidermis pflegt der Knochen gesund zu sein. Wo dagegen die Epidermis durchfeuchtet, gequollen, verfärbt oder von Granulationen durchbrochen ist, schabe ich sie und den unterliegenden Knochen sorgfältig ab". Also Koerner's Erfahrungen haben ihn für die Praxis zu demselben Resultat geführt, das sich aus meinen früheren Ausführungen nothwendiger Weise ergibt. Von hier ist nur noch ein Schritt bis zu dem Schlusse: Die Cholesteatommassen entstehen, d. h. die lamellenförmige Verhornungsproduction der Epidermis, gleichgiltig woher sie stammt, tritt ein, sobald der Untergrund entzündet ist, sie bleibt aus auf gesunder Unterlage. Also nicht die Cholesteatommatrix, ist es, wie Stacke meint, sondern die unter dieser liegenden erkrankten Gewebs- resp. Knochenpartien sind es, welche bei der Operation entfernt werden müssen. Wo die Epidermis zart erscheint, kann sie und auch der Knochen stehen bleiben, wo sie die von Koerner angegebenen Eigenschaften aufweist, muss der unterliegende Knochen, und damit auch sie, obgleich sie an sich ungefährlich ist, entfernt werden. Wenn dieses bei einer Cholesteatomoperation überall erkannt und ausgeführt werden kann, und alle, auch die eventuell nicht mehr im Zusammenhang mit der Hauptmasse stehenden Ausläufer gefunden werden, gibt es auch keine Recidive.

Die Indication zur Operation bei der Eingangs genannten Lage der Perforation ist also die sogen. prophylaktische (y. Troeltsch, Schwartze), eine nicht gerade glückliche Bezeichnung, denn wir operiren in diesen Fällen doch nicht nur aus dem Grunde, weil wir eventuell drohender Lebensgefahr vorbeugen wollen, sondern vor Allem desshalb, weil es keine andere Methode gibt, welche auch nur in einer beschränkt nennenswerthen Zahl von Fällen Heilung garantirt. Ich fasse die Indication zur Radicaloperation ohne Warzenfortsatzsymptome und ohne Symptome von Complicationen jedoch insofern weiter, als Schwartze dieses in seinem Handbuche that, als ich die von ihm genannten Indicationen zur alleinigen Freilegung des Attiks auch als solche für die Radicaloperation annehme. Die genannte Operation war übrigens schon zu meiner Zeit in der Schwartze'schen Klinik verlassen und an deren Stelle die Radicaloperation von innen nach aussen getreten.

Ich habe im Vorhergehenden gesagt, dass in den geschilderten Fällen die Radicaloperation vorgenommen werden muss, ich füge noch hinzu, ohne vorherige Versuche, die Erkrankung durch eine unabsehbare conservative Therapie zu heilen, da es doch nur selten gelingt. Mit dieser Auffassung trete ich scheinbar derjenigen Stacke's nahe, wenn er sagt, (l. c. S. 61): „Die Radicaloperation ist indicirt, sobald die Diagnose der chronischen unheilbaren Eiterung eines der 3 Räume, des Kuppelraumes, des Aditus oder des Antrums feststeht, sei es nun, dass es sich um Caries, um granulöse Ostitis, um Cholesteatom, Nekrose oder um ein Empyem mit mehr oder weniger erkrankten Wandungen handelt". Er verzichtet aber auf „eine erschöpfende Darstellung aller diagnostisch in Betracht kommenden Momente", der praktische Arzt kann also aus Stacke's Ausführungen nicht ersehen, auf welche Weise die Diagnose der unheilbaren chronischen Eiterung zu stellen ist. Aus Stacke's weiteren Ausführungen (Capitel „Indicationen") geht hervor, dass diese Diagnose unter Umständen sehr schwer sein muss, denn wenn es nach ihm auch Fälle gibt (S. 55), „wo die einmalige Untersuchung die Indication zweifelhaft erscheinen lässt", so sieht er sich doch andererseits wieder auf die Erfolglosigkeit der conservativen Methoden für die Diagnose der unheilbaren Nebenhöhleneiterung angewiesen (S. 52): „Vielmehr versuche ich in allen Fällen chronischer Mittelohreiterung, welche nicht von vornherein als operationsbedürftig absolut klar liegen, die conservative Behandlung in allen ihren Formen, nicht Wochen, sondern Monate lang, bevor ich operire". Er macht also nicht den Versuch, die principiell zu operirenden Fälle von den principiell nicht zu operirenden auf Grund des otoskopischen Bildes von einander zu trennen.

Koerner sagt (S. 83): „Die Radicaloperation ist indicirt, sobald die Diagnose der chronischen Knochenerkrankung feststeht". Für die Diagnosenstellung gibt er zwar einige Anhaltspunkte, doch treffen diese nur für eine bestimmte Anzahl von Fällen zu. Ausserdem könnte man durch die Behandlung, d. h. also wohl durch den Misserfolg der Behandlung, genügende Anhaltspunkte für die Diagnose der Knochenerkrankung gewinnen. Auf den objectiven otoskopischen Befund, in der Weise, wie ich es hier gethan habe, legt Koerner augenscheinlich keinen besonderen Werth; ja er deutet sogar die 5. Indication Schwartze's, die sogen. prophylaktische, in seinem Sinne, obgleich Schwartze besonders darauf hinweist, dass der einzig constante und zuverlässige Anhaltspunkt für die Indication der Eröffnung des Warzenfortsatzes der otoskopische Befund sei und zwar der randständige Defect im Trommelfell nach hinten oben. Diese 5. Indication Schwartze's lautet ohne die eben angeführte Ergänzung: „Als prophylaktische Operation gegen letale Folgezustände unheilbar foetider Mittelohreiterungen ohne Entzündungserscheinungen am Warzenfortsatze und ohne Zeichen von Eiterretention (Schmerz, Fieber), sobald durch die genaue otoskopische Untersuchung festgestellt ist, dass der Sitz der Eiterung nicht auf die Pauke beschränkt ist". Zuvor sagt Schwartze einleitend als Erläuterung der Indication 5: „Theilweise ist man, begünstigt durch die relative Gefahrlosigkeit der Operation unter aseptischen Cautelen verleitet worden, der Indication zu weit Raum zu geben, denn es ist zweifellos, dass viele Fälle von chronischer Eiterung, die sich als unheilbar erwiesen haben bei jeder Art von medicamentöser und instrumenteller Behandlung, sich heilbar zeigen durch weniger eingreifende Operationsverfahren (Extraction cariöser Gehörknöchelchen, Freilegung des Atticus tympanicus), als es die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes ist. Das Symptom einer unheilbaren foetiden Otorrhoe allein darf nie als ausreichende Indication für letztere gelten, sondern maassgebend ist der Ursprung derselben, der nur durch sehr genaue otoskopische Untersuchung, oft erst nach längerer Beobachtung des Falles erkannt werden kann".

Aus diesen Sätzen — andere auf diesen Gegenstand bezügliche konnte ich wenigstens bei Schwartze nicht finden — glaubt Koerner annehmen zu können, dass Ersterer eine Mittelohreiterung erst „nach völligem Versagen aller medicamentösen Behandlungsmethoden und nach dem misslungenen Versuche, durch geringere chirurgische Eingriffe, namentlich durch Entfernung cariöser Gehörknöchelchen, die Eiterung zu heilen", für unheilbar und reif zur Radicaloperation hält. Weiterhin soll nach Koerner's Auffassung Schwartze in Obigem gemeint haben, dass die Eiterungen „trotz lange fortgesetzter, regelmässiger und gründlicher Reinigung des Mittelohres" foetid geblieben sein müssen, bevor der Gestank eine Indication für

die Operation abgibt. Koerner glaubt daher Schwartze als Eideshelfer für sich in Anspruch nehmen und Denen gegenüberstellen zu können, welche nach seiner Ansicht die Indicationen für die Eröffnung des Warzenfortsatzes zu weit stellen.

Wenn Koerner Recht hätte, fiele die 5. Indication Schwartze's einfach weg. Es leuchtet jedoch ohne Weiteres ein, dass eine derartige Deutung der Schwartze'schen Worte unmöglich ist. Schwartze hat das Wort unheilbar nicht in dem Sinne gebraucht, dass erst in jedem Falle durch längere Behandlung die Unheilbarkeit festzustellen sei, sondern so, dass solche Fälle sich auf Grund früherer Erfahrungen ein für alle Mal als unheilbar erwiesen haben, und diese Fälle sind, nach Schwartze wenigstens, sofort am otoskopischen Bilde zu erkennen.

Ich glaube demnach behaupten zu können, dass ich mit der Forderung der Totalaufmeiselung nicht nur bei randständiger Perforation im hinteren oberen Trommelfellquadranten, sondern auch bei den randständigen Perforationen in der Membrana Shrapnelli ohne vorherigen Versuch der Heilung durch conservative Behandlung im Sinne Schwartze's handle.

Aber auch die Hammer-Ambossextraction ist für diese Fälle nicht zu gebrauchen, falls man sie nicht bei Unmöglichkeit, die Totalaufmeiselung vorzunehmen, in der Absicht ausführt, die Gefahren für den Patienten durch Herstellung günstigeren Eiterabflusses zu verringern. Ich kann daher Schroeder[24]) nicht beistimmen, wenn er die Hammer-Ambossextraction bei chronischen Eiterungen augenscheinlich stets vor der Totalaufmeiselung, sei es auch nur des Versuches wegen, vorgenommen sehen will. Seine eigene Statistik (2 nachträgliche Todesfälle an Complicationen unter 130 Fällen von Hammerambossextraction) sollte ihm doch zu denken geben, und das umsomehr, als er die Kenntniss des Verlaufs dieser Fälle doch nur besonders günstigen Umständen verdankt; vielleicht sind noch mehr Fälle später ungünstig verlaufen. Der Procentsatz der Heilungen (50 Proc.) beweist weiterhin, dass die Indicationen für die Hammer-Ambossextraction nicht eng genug gezogen waren.

Dass in allen übrigen Fällen, in denen die Erkrankung bereits auf die dem Auge zugänglichen Knochenpartien übergegangen ist, z. B. Perforation der vorderen Attikwand, Caries des medialsten Theiles der hinteren Gehörgangswand am Aditus ad Antrum, die Totalaufmeiselung vorgenommen werden muss, erscheint nach dem Vorhergehenden selbstverständlich.

Freilich in der Praxis wird man nicht immer nach dem soeben aufgestellten Schema verfahren können. Persönliche Verhältnisse sind der Vornahme der Totalaufmeiselung mit ihrer langdauernden Nachbehandlung nicht selten hinderlich, und es muss ihnen Rechnung getragen werden. Vor Allem muss jedoch das Hörvermögen des Patienten berücksichtigt werden. An einem Patienten z. B., der auf einem Ohr so gut wie taub ist, wird man die Radicaloperation des anderen noch leidlich functionirenden Ohres nicht vornehmen, falls nicht eine directe vitale Indication vorliegt, weil man riskirt, dass das Hörvermögen des operirten Ohres unter diejenige Grenze sinkt, welche seine Erwerbsfähigkeit garantirt. Aber auch ohne solche persönliche Verhältnisse, wird man zuweilen vom Schema abweichen können und Fälle nicht operiren, welche es nach diesem erheischten, nämlich dann, wenn die Geringfügigkeit der Eiterung und der Mangel irgendwie erheblicher Entzündungserscheinungen den Gedanken an Spontanheilung aufkommen lässt. Dieses conservative Verhalten lässt sich besonders in denjenigen Fällen rechtfertigen, in denen das Trommelfell und die beiden äusseren Gehörknöchelchen fehlen und die Eiterung aus den Nebenhöhlen ganz gering ist. Bei randständigem Trommelfelldefect im hinteren oberen Quadranten, ganz minimaler Eiterung und blassem Trommelfell kann man einen dem genannten ähnlichen Zustand durch die Hammerambossextraction herstellen. Ob man hiermit eine wirkliche dauernde Heilung erzielt, ist zweifelhaft, jedenfalls selten, jedoch kann man zuweilen einen Zustand schaffen, der der Heilung sehr nahe kommt, dem Patienten sogar als solche imponirt. Die Eiterung scheint völlig zu sistiren, nur hin und wieder findet man eine Kruste über oder an der Perforation, als Zeichen, dass vorübergehend geringe Exsudation stattgefunden hat. Auf jeden Fall muss man aber in der Auswahl solcher Fälle für diese mehr oder weniger conservative Behandlung sehr vorsichtig sein und den Patienten auf das Ungewisse des Erfolges aufmerksam machen.

Die vorstehenden Ausführungen setzen voraus, dass diejenigen Ohrerkrankungen, für welche ich operative Eingriffe, besonders die Totalaufmeiselung als angezeigt erachte, zu den Erkrankungen gehören, welche das Leben der Patienten gefährden. Einige, wie Stetter (l. c.) und der verstorbene Michael[25]), bestreiten dieses oder halten die Gefahr für sehr gering. Ersterer sah unter 2207 Fällen mit chronischer Mittelohreiterung nur zwei Todesfälle an Meningitis, Michael unter 2000 eitrigen Mittelohrentzündungen überhaupt keinen Todesfall, der auf das Ohr bezogen werden müsste. Hirnabscesse und Sinusthrombosen haben Beide anscheinend niemals gesehen, und doch ist die Literatur über diese otitischen Complicationen bereits sehr gross. Es ist aber auch gar nicht so wunderbar, dass beiden Autoren derartige Fälle nicht vorgekommen sind, denn sie verfügen nur über poliklinisches Material, und Hirnabscesse, wenn sie aus ihrem Latenzstadium herausgetreten sind, wie Sinusthrombosen mit hohen Temperaturen, pflegen sich nicht auf der Strasse zu bewegen und eine Poliklinik aufzusuchen, sondern bleiben zu Hause oder werden in eine stationäre Klinik gebracht. Im Uebrigen ignoriren beide Autoren die Untersuchungen Pitt's[26]) und Barker's[27]). Ersterer wies an 9000 aufeinander folgenden Sectionen in Guy's Hospital in London nach, dass 57 mal der Tod in Folge von Ohreiterung aufgetreten war. Barker kam zu einem ähnlichen Ergebniss. Also auf 158 Todesfälle 1 Todesfall in Folge Ohreiterung!

Weiterhin sagt Stetter, die Operation wäre nicht ungefährlich; er verräth uns aber nicht, worin die Gefahr bei der Totalaufmeiselung bestehen soll. Die meisten Autoren sind jedoch darin einig, dass die Operation an sich keine Gefahren für den Patienten in sich trägt, vorausgesetzt, dass der betreffende Arzt sich genügende Fertigkeit unter Anleitung eines sicheren Operateurs erworben hat. Auch sei der Patient nie vor Recidiven sicher! Ein derartiges sogenanntes Recidiv tritt, wenn wir von Infectionen der die Wunde ausscheidenden Haut wegen ihrer Bedeutungslosigkeit absehen, nur ein, wenn kranke Partien zurückgeblieben sind. Es ist also die Zahl der Recidive im Allgemeinen ein Gradmesser für die Fähigkeit des Operateurs; mit anderen Worten, dieser Vorwurf träfe, wenn überhaupt, nicht die Methode, sondern den Arzt.

In der That ist aber das Auftreten von Recidiven mit der fortschreitenden Technik immer seltener geworden, vor Allem handelt es sich dann aber immer um ungefährliche, meist leicht zu beseitigende Erkrankungen.

Ein anderes Bedenken gegen die Vornahme der Totalaufmeiselung construirt sich Stetter daraus, dass wir den Patienten die sichere Heilung nicht garantiren könnten. Nun, diesen Nachtheil theilt diese Operation mit vielen anderen chirurgischen Eingriffen, ohne dass es desshalb Jemanden einfiele, sie zu unterlassen. Wie steht es aber in Wirklichkeit mit den Resultaten dieser Operation? Stacke sagt: „Jede noch so veraltete Mittelohreiterung, welche nicht auf vorgeschrittener Tuberculose beruht, und sofern nicht bereits unheilbare intrakranielle Complicationen bestehen, ist mit ganz verschwindenden Ausnahmen (1 Proc.) durch die Operation mit Sicherheit heilbar" und ich glaube, jeder geübte Operateur wird heute dieselben oder wenigstens annähernd gleich günstige Erfolge aufzuweisen haben. Bei so glänzenden Resultaten Einwände gegen die Operation erheben zu wollen, ist doch wohl nicht mehr angängig. Freilich alle Fälle können wir nicht direct heilen. Eine tiefer erkrankte Labyrinthwand können wir nicht wegmeiseln, so lange das Labyrinth nicht vereitert ist, auch nicht den cariösen Facialiscanal, ohne eine complete Lähmung herbeizuführen, daher muss immer jener geringe Procentsatz zunächst ungeheilt bleiben. Aber auch diese Patienten haben die Segnungen der Operation an sich erfahren, die Hauptgefahr, die Möglichkeit der Eiterretention ist beseitigt, der erkrankte Herd der weiteren Therapie zugänglich.

[24]) 130 Hammer-Ambossextractionen, ein Beitrag zur Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen. Arch. f. Ohrenheilkunde, Bd. XLIX, S. 19.

[25]) Die Behandlung der Mittelohreiterungen. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Neue Folge. No. 133. 1895.

[26]) Citirt nach Koerner: Die otitischen Erkrankungen des Hirns etc. Johannes Alt, Frankfurt a. M. 1896. II. Aufl. S. 1.

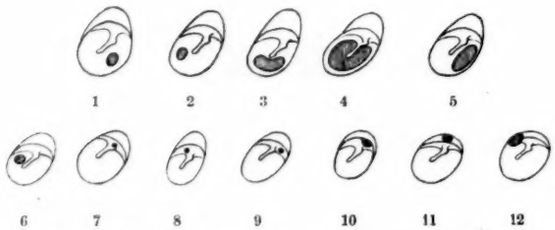
Es erübrigt noch kurz die Consequenzen für das Versicherungs- und das Militärwesen aus dem Vorhergehenden zu ziehen.

Wenn meine Auffassung die richtige ist, muss es nunmehr möglich sein, die gefährlichen chronischen Mittelohreiterungen von den ungefährlichen trennen zu können. Die Lebensversicherungen sind in Folge schlechter Erfahrungen, welche sie mit den chronischen Mittelohreiterungen Versicherter gemacht haben, sehr vorsichtig geworden und fordern wenigstens bei höheren Beträgen, das Zeugniss eines Specialisten, wenn eine Ohrerkrankung vorliegt. Würde nun der Ohrenarzt nach dem alten Wilde'schen Satze handeln: „wo ein Ohrenfluss besteht, können wir nicht wissen, wann und wie er enden, oder wozu er führen wird", so müssten viele Individuen mit chronischer Mittelohreiterung der Segnung einer Lebensversicherung verlustig gehen, nämlich diejenigen, bei denen die Erkrankung in der Pauke localisirt ist, eine Operation daher nach meinen Ausführungen nicht in Frage kommt, während andererseits eine vollständige Heilung selbst bei monatelanger Behandlung nicht zu erzielen ist. Es sind dieses beispielsweise jene genannten Fälle mit Geschwürsbildung auf der Schleimhaut der Labyrinthwand mit grösserem Defect des Trommelfelles, ohne die für Nebenräumeerkrankung charakteristischen Merkmale und minimaler Eiterung, denen wohl eine oberflächliche Erkrankung der knöchernen Labyrinthwand zu Grunde liegt. Ich habe in einem solchen Falle mein Gutachten dahin abgegeben, dass die Gefahr der Ausbreitung des Processes so gering sei, dass die Gesellschaft die übrigens hohe Versicherung übernehme könne. Hierhin gehören auch Fälle mit Erkrankungen des Paukenhöhlenbodens und der vorderen unteren Wand der Pauke, während Erkrankungen der hinteren unteren knöchernen Gehörgangswand desshalb vorsichtiger beurtheilt werden müssen, weil von hier aus die Erkrankung vielleicht auf den Facialiscanal oder den horizontalen Bogengang übergehen könnte, beides praeformirte Wege, welche über das Labyrinth zu den Meningen führen. Dagegen erachte ich alle Mittelohreiterungen mit den für Nebenhöhlen- resp. Knochenerkrankung charakteristischen Perforationen, falls nicht durch lange Beobachtung die Ausheilung festgestellt ist, als nicht versicherungsfähig, so lange sie nicht operirt sind.

Was das Aushebungsgeschäft anbetrifft, so werden künftig Fälle mit einfacher chronischer Paukeneiterung wohl als dienstuntauglich zu betrachten sein, vorausgesetzt, dass das Hörvermögen genügt; da sie jedoch einer sofortigen Behandlung im Lazareth unterworfen werden müssen, so werden sie stets eine Last für den betreffenden Truppentheil bilden, falls es sich nicht um ganz leichte, bald zu heilende Fälle handelt. Alle Fälle aber mit für Erkrankung der Nebenräume oder der Gehörknöchelchen charakteristischen Perforationen sind zurückzustellen, resp. als dienstuntauglich zu erklären.

In dem in No. 39 abgedruckten ersten Theil der vorstehenden Arbeit musste wegen verspäteten Eintreffens der Correctur der die Figuren erklärende Text wegbleiben. Wir lassen daher die Figuren hier nochmals folgen, nebst der zugehörigen Erklärung.

1. laterale Attikwand, 2. Membrana Shrapnelli, 3. Processus brevis, 4. Umbo.



1—5 einfache Schleimhauteiterungen der Pauke resp. der Tuba, 6. Ambosscaries, 7. Hammerkopfcaries, 8. Ambosscaries, 9. Caries eines der beiden äusseren Gehörknöchelchen, unsichere Attikeiterung, 10—11. Hammerkopfcaries eventuell Cholesteatom, 12. Ambosscaries und Antrumeiterung, eventuell Cholesteatom.

Ferner ist folgender Druckfehler zu berichtigen: Auf S. 1332, Sp. 2, Z. 8 v. u. muss es heissen: . . . . fällt jeder Grund zu der noch immer von einzelnen Autoren, z. B. Siebenmann, festgehaltenen Hypothese v. Tröltsch's weg, . . .

Eine kurze Bemerkung zu dem Aufsatz von M. Hofmeier: Zur Verhütung des Kindbettfiebers.*)

Von Dr. Krönig, Privatdocent in Leipzig.

Ich möchte zu zwei Punkten in dem Hofmeier'schen Aufsatz hier das Wort nehmen, verweise betreffs aller übrigen auf meine früheren Arbeiten, speciell auf einen Artikel in dieser Wochenschr. 1900, No. 1.

Hofmeier betont in seiner Arbeit wiederum die Differenz in der Morbidität zwischen seiner Klinik, in welcher bei prophylaktischer Scheidenspülung nur bei 9,6 Proc. aller Wöchnerinnen Temperatursteigerungen über 38° bei Achselhöhlenmessung festgestellt wurden, und der Leipziger Klinik, wo bei 287 nicht untersuchten und desinficirten Wöchnerinnen in 19 Proc. der Fälle gestörte Wochenbetten, d. h. Temperatursteigerung über 38,5 im Rectum gemessen, constatirt werden konnten.

Es liegt mir daran, hier nochmals darauf hinzuweisen, dass dieser Unterschied in der Häufigkeit der fieberhaften Erkrankungen im Wochenbett durch alle möglichen Momente bedingt sein kann, wie Handhabung der Asepsis bei der Geburt im Allgemeinen, Art der Händedesinfection, Häufigkeit der Untersuchungen bei der Geburt, schliesslich auch Beobachtungsfehler, welche bei Temperaturmessungen, vor Allem in der Achselhöhle, kaum zu vermeiden sind, dass sie aber sicherlich nicht, wie es Hofmeier will, zurückgeführt werden dürfen auf das Unterlassen oder die Ausführung der antiseptischen Scheidenspülung während der Geburt in den beiden Kliniken. Es ist dies durch die damals mitgetheilten Versuchsserien der Leipziger Klinik, wie ich glaube, vollständig bewiesen und durch neuere fortgesetzte Versuchsreihen an derselben Klinik wiederum bestätigt worden.

Wir haben in diesen Versuchen alternirend bei der Hälfte aller Kreissenden die Desinfection der Scheide unterlassen, während wir bei der anderen Hälfte genau nach der Vorschrift von Hofmeier die Scheide gründlich mit Sublimatspülungen behandelten. Wir haben immer wieder dieselben Resultate erhalten, nämlich dass der Procentsatz der Morbidität bei den nach Hofmeier's Desinfectionsvorschriften behandelten Kreissenden ein höherer war.

In seinem Aufsatz führt Hofmeier weiter folgenden Satz an, den ich nicht unbeanstandet lassen möchte:

„Da Kroenig auch jetzt noch die Asepsis des Genitalcanals auf Grund seiner bacteriologischen Forschungen für gegeben ansieht, fehlt bisher eine Erklärung dieser hohen Morbidität bei nicht berührten Wöchnerinnen absolut."

Ich möchte hier zunächst betonen, dass der Ausdruck „nicht berührt" eines kleinen Commentars bedarf. Es muss in dieser Frage ein strenger Unterschied gemacht werden zwischen den Ausdrücken „nicht touchirt" und „nicht berührt". Bei den „nicht touchirten" Kreissenden ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass durch die Hände der geburtsleitenden Personen beim Dammschutz u. s. w. pathogene Keime an die äusseren Genitalien gebracht werden, während diese Art der Infection bei den „nicht berührten" Kreissenden ebenfalls natürlich wegfällt. In der Statistik der Leipziger Klinik, welche Hofmeier citirt, handelt es sich aber nicht um „nicht berührte", wie er angibt, sondern um nicht „innerlich untersuchte" Wöchnerinnen.

Ich glaube, dass ich bei diesen niemals die Erklärung schuldig geblieben bin, wodurch die Temperatursteigerungen im Wochenbett hier bedingt sein können. Es kommen hier für die Beurtheilung der Morbidität 3 Momente in Betracht:

1. Ein grosser Theil der fieberhaften Erkrankungen im Wochenbett ist nicht auf Infection der puerperalen Wunden zurückzuführen, sondern auf extragenitale Erkrankungen. Es ist durch frühere Untersuchungen von mir, soweit dies auf klinischem und bacteriologischem Wege zur Zeit überhaupt möglich ist, bewiesen worden. Es kommen vor Allem z. B. inficirte Risse der Brustwarzen, Brustdrüsenentzündungen etc. als Ursache in Betracht*).

2. Ein gewisser Theil der fieberhaften Wochenbettserkrankungen ist durch gonorrhoische Endometritis bedingt, hat also ebenfalls mit der Infectiosität des Scheidensaprophyten als solchem nichts zu thun.

3. Ein Theil ist durch puerperal infectiöse Processe verursacht, welche aber mit grösster Wahrscheinlichkeit durch Ascendiren pathogener Keime von den äusseren Genitalien in den Genitalcanal bedingt sind, aber nicht durch Infection mit den in der Scheide ante partum lebenden Saprophyten.

Meine Behauptung vom Ascendiren der Keime im Wochenbett ist, wie ich glaube, keine „Hypothese", als welche sie Hofmeier hinstellt, sondern eine Thatsache. Jeder Fall von puerperal infectiöser Endometritis, in welchem wir die Keime bei der bacterioskopischen Untersuchung bis in die äussersten Tubenecken des inficirten Endometriums nachweisen können, zeigt uns ja, dass die Keime hier von tieferen Theilen des Geburtscanals zu höheren ascendirt sind, denn von einem mechanischen Transport durch die Finger des Touchirenden kann doch hier gar keine Rede sein.

Es liegt aber weiter kein Grund vor, die Annahme zu bezweifeln, dass auch von einem inficirten Riss des Frenulums oder auch von einem inficirten Dammriss aus die Keime in höhere Gebiete des Genitalcanals spontan sich ausbreiten können, sei es

---

*) Diese Wochenschr. 1900, No. 37.

*) Vergl. Bacteriologie des weiblichen Genitalcanals von Menge und Kroenig. Theil II, pag. 369.

durch Flächenwachsthum auf kleinen Gewebslaesionen der Scheide, sei es im Secret der Scheidenlochien selbst.

Im Gegensatz zum Scheidensecret der Schwangeren bietet ja das Scheidensecret der Wöchnerinnen im Frühwochenbett, wie meine Untersuchungen gezeigt haben, einen Nährboden für viele pathogene Keime.

Wenn daher auch bei nicht touchirten Wöchnerinnen in der Leipziger Klinik die Morbidität 19 Proc. beträgt, so kann dies doch unter keinen Umständen als Beweis für die Gefährlichkeit der Scheidenkeime verwerthet werden.

Die von Hofmeier erwähnte äusserst günstige Statistik des Mannheimer Wöchnerinnen-Asyls, in welchem bekanntlich niemals eine innere Desinfection der Kreissenden stattfindet, kann nach meiner Meinung sehr wohl als unterstützender Beweis für die Asepsis des Geburtscanals benützt werden.

Gewiss liegen, darin wird Jeder Hofmeier zustimmen, für die subjective Asepsis der geburtsleitenden Personen die Verhältnisse in einer Universitätsklinik viel schwieriger als in einem derartigen Asyl, bei welchem nur Hebammen untersuchen, aber wenn wirklich die Scheidenbewohner einen so schädigenden Einfluss auf den Wochenbettsverlauf hätten, wie Hofmeier annimmt, so könnte für die geringe Morbidität des Mannheimer Wöchnerinnen-Asyls von 6 Proc. gegenüber 9,6 Proc. von Hofmeier kaum eine Erklärung gefunden werden, denn man darf es doch wohl als ziemlich irrelevant bezeichnen, ob die Scheidenkeime durch den Finger eines Studenten oder den Finger einer Hebamme vielleicht mechanisch in höhere Theile des Geburtscanals intra partum getragen werden.

Ich kann daher an dieser Stelle nur wiederum betonen, dass Hofmeier seine günstigen Wochenbettsresultate nicht benutzen darf, um die Nothwendigkeit der inneren Desinfection der Kreissenden zu zeigen und möchte gleichzeitig die Bitte wiederholen, dass sich Hofmeier entschlösse, auch an seiner Klinik die gleichen Versuchsserien anzustellen, welche wir an der Leipziger Klinik gemacht haben, nämlich alternirend bei Kreissenden die Scheide auszuspülen, bezw. dies zu unterlassen.

Ich zweifle nicht, dass Hofmeier dann in der Serie der nicht ausgespülten Wöchnerinnen bei seiner offenbar auf das Beste durchgeführten subjectiven Asepsis zum Mindesten ebenso günstige Morbiditätsverhältnisse erzielen würde, wie jetzt bei der gründlichen Desinfection des Genitalcanals; auf jeden Fall würde dies zur schnelleren Klärung der Frage, ob eine innere Desinfection des Genitalcanals nothwendig ist oder nicht, mehr beitragen, als dies wiederholte Citiren der Leipziger Puerperalmorbidität, welche mit dieser Frage nichts zu thun hat.

Referate und Bücheranzeigen.

A. Kossel und F. Kutscher: Ueber die Eiweissstoffe. (Sitzungsberichte der Gesellschaft zur Beförderung der gesammten Naturwissenschaften zu Marburg; Sitzung vom 6. April 1900. Nachtrag in der Sitzung vom 1. August 1900.)

Nachdem alle Versuche, mit Hilfe der auf Grund von Elementaranalysen berechneten Formeln der verschiedenen Eiweisskörper einen Einblick in die Constitution dieser complicirten Verbindungen zu erhalten, wenig befriedigende Resultate ergeben haben, zeigte es sich nöthig, die gröberen Bruchstücke des Eiweissmolecüls, wie sie bei der hydrolytischen Zersetzung entstehen, in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu erforschen. Es liess sich hoffen, dadurch zu einem brauchbaren chemischen System der Eiweisskörper zu kommen.

Als Grundlage, gleichsam als „Kern" des Eiweissmolecüls, war von A. Kossel bereits früher eine Atomgruppe angesprochen, welche allen Eiweisskörpern zukommt und überall, wo sie vorkommt, auch einen eiweissähnlichen Charakter bedingt. Es war dies die Gruppe des Eiweissmolecüls, welche die Hexonbasen, Arginin, Lysin, Histidin lieferte, und die A. Kossel nunmehr als „Hexonkern" bezeichnet. Den gleichen Kern enthalten auch die Protamine. An den Hexonkern finden sich bei den Protaminen, gleichsam als „Seitenketten" angefügt, geringere Mengen stickstoffärmerer Atomgruppen, z. B. Amidovaleriansäure.

Der Uebergang der Protamine in die gewöhnlichen Eiweisskörper gestaltet sich nach der Auffassung A. Kossel's nun derart, dass diese an den Hexonkern angefügten Seitenketten an Zahl, sowie Mannigfaltigkeit zunehmen.

Diese Auffassung A. Kossel's unterzogen die Verfasser einer experimentellen Prüfung.

Da frühere Arbeiten A. Kossel's gezeigt hatten, dass den verschiedenen Protaminen nicht der gleiche Hexonkern zu Grunde liegt, sondern einige derselben nur Arginin, andere hingegen Arginin, Lysin, Histidin bei der Spaltung geben, suchten sie die Frage zu entscheiden, ob sich ähnliche Unterschiede auch bei den complexen Eiweisskörpern zeigen.

Die zweite Frage, welche die Arbeit zu lösen versuchte, war die nach der Menge der basischen Spaltungsproducte. Aus den quantitativen Bestimmungen musste sich zunächst das Molecularverhältniss zwischen den einzelnen Bestandtheilen des Hexonkern ergeben, ferner aber auch das quantitative Verhältniss zwischen dem Hexonkern im Ganzen und den übrigen Gruppen des Eiweissmoleculs.

Bezüglich der von den Verfassern angewandten Methodik sei auf die früheren Arbeiten A. Kossel's verwiesen.

Zur näheren Untersuchung kamen folgende Körper:

1. Von Protaminen oder einfachen Eiweisskörpern: das Salmin, Clupein, Cyclopterin, Sturin.

2. Von den Eiweisskörpern im engeren Sinne: Thymushiston, Histon aus den Testikeln von Gadus Morrhua, Leim, die Proteinstoffe des Weizenklebers, Glutencasein, Glutenfibrin, Mucedin, Gliadin, der Eiweissstoff des Maismehles: Zein, weiter Fibrin, Fibrinpepton (Deuteroalbumose), Casein, Elastin und Spongin.

Die Gesammtmenge des Hexonbasenstickstoffes betrug bei ersteren 88,0—67,7 Proc., bei den letzteren 36—6 Proc. des Gesammtstickstoffes.

Die Protamine liessen sich den erhaltenen Resultaten nach wieder in zwei verschiedene Gruppen theilen. Das Paradigma für die eine ist das Sturin, das „alle 3 Hexonbasen als einen Trihexonkern" enthält. Das Molecularverhältniss der 3 Basen gestaltet sich im Sturin so, dass auf 1 Molecül Histidin, 4 Molecüle Arginin und 1 Molecül Lysin kommen.

Die andere Gruppe der Protamine enthielt nur eine Hexonbase, das Arginin. In ihnen ist also ein „Monohexonkern" vorhanden. Protamine, die 2 Basen liefern, also einen „Dihexonkern" enthalten, sind bisher nicht aufgefunden worden.

Ein bemerkenswerthes Ergebniss lieferte ferner die Untersuchung des Cyclopterins, des aus den Testikeln von Cyclopterus lumpus gewonnenen Protamins. Bei demselben liess sich als eine dem Hexonkern angefügte Gruppe das Tyrosin feststellen. Es eröffnet sich damit die Aussicht, bei näherer Untersuchung der Protamine weitere Uebergänge zu den complexen Eiweisskörpern aufzufinden.

Unter den Eiweisskörpern im engeren Sinne zeichneten sich die Histone durch ihren grossen Reichthum an Basenstickstoff aus. In ihnen ist die Masse des Protaminkerns oder besser des Hexonkerns demnach eine grössere als in den übrigen Eiweisskörpern.

Nach diesem Befunde kann man sich die Histone entweder in der Weise entstanden denken, dass bei ihnen die Anzahl der an den Protaminkern angefügten Seitengruppen eine geringere ist als bei den übrigen Eiweissarten, oder man kann sich ihre Bildung durch Anfügung eines arginin- und lysinreichen Protamins an einen fertigen Eiweissstoff erklären.

Von den übrigen untersuchten Eiweisskörpern verdienen besonders die alkohollöslichen Proteinstoffe des Weizenklebers, das Glutenfibrin, Mucedin und Gliadin Interesse, weil bei ihnen das Lysin nicht nachgewiesen werden konnte.

Während diesen Stoffen das Lysin fehlte, sind beim Spongin die Versuche zur Darstellung des Histidins fehlgeschlagen.

Die übrigen bisher untersuchten Eiweissstoffe enthielten die 3 Basen untereinander.

Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen, soweit sie das System der Eiweisskörper betreffen, geben die Verfasser in einer Tabelle, in der sie die untersuchten Eiweissstoffe in folgendes Schema einordnen:

	Monohexonkern (Arginin)	Dihexonkern	Trihexonkern
Protamine	a) tyrosinfrei: Salmin, Clupein, Scombrin; b) tyrosinhaltig: Cyclopterin	Nicht bekannt.	Sturin (tyrosinfrei).
Complexe Eiweisstoffe	Nicht bekannt.	a) Arginin u. Histidin: Glutenfibrin, Mucedin, Gliadin; b) Arginin u. Lysin, Spongin (?)	Histon*) (?), Casein, Fibrin, Fibrinpepton, Glutencasein, Leim, Elastin.

*) Histidin ist beim Histon noch nicht sicher nachgewiesen.

A. Strümpell: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Für Studirende und Aerzte. 3 Bände. 12. neubearbeitete Auflage. 1899/1900. Leipzig, F. C. W. Vogel.

Alle paar Jahre waren wir in der Lage, das weltbekannte Lehrbuch Strümpell's einer Besprechung in dieser Wochenschrift zu unterziehen. Wir würden daher mit einer abermaligen Anerkennung seiner unbestrittenen grossen Vorzüge nur Gesagtes wiederholen müssen. Ein Werk, welches in 18 Jahren 12 Auflagen erlebt und in 9 Sprachen erschienen ist, spricht für sich selbst und bedarf keiner Anpreisung. Der Berichterstatter hat sich somit auf die Feststellung der historischen Thatsache zu beschränken, dass das Lehrbuch am Ende des Jahrhunderts zum 12. Male neu erstanden ist, und er kann hinzufügen, dass eine Umarbeitung stattgefunden hat, die das Werk in allen wesentlichen Fragen der inneren Medicin mit den Anschauungen unserer Zeit in Einklang bringt. Diesen ist seit unserer letzten Anzeige (diese Wochenschr. 1894/95) im zweiten Bande besonders durch Neubearbeitung der Magen-, der Gallenstein-, der Blinddarmerkrankungen, der biliären Lebercirrhose, der Darmparasiten u. a. Rechnung getragen worden. Entsprechend der beständigen Umgestaltung, in welcher die Neuropathologie begriffen ist, bringt auch der 3. Band manche wesentliche Neuerungen. So finden wir neu eingefügt: in der Einleitung Erörterungen über den „eigentlichen Tastsinn (stereognostischen Sinn)", unter den Neuralgien die Achillodynie, Talalgie, Tarsalgie und Metatarsalgie, bei den Krankheiten des Rückenmarks die durch neuere Forschungen sehr geförderte topische Diagnostik (Segmentdiagnose), sowie ein eigenes Capitel über die syphilitischen Erkrankungen desselben, ferner u. a. neu umgearbeitet: die sogen. „Pseudosklerose" und die primären Degenerationen der Pyramidenbahnen (spastische Spinalparalyse, ihre hereditäre bezw. familiäre Form etc.).

Bei aller Anerkennung, die wir in unvermindertem Maasse der neuen Auflage des Strümpell'schen Lehrbuches zollen, können wir dieses Mal eine kleine Ausstellung, oder richtiger einen Wunsch für künftige Auflagen nicht unterdrücken. Wir glauben, ein so verbreitetes, ja wohl das verbreitetste medicinische Lehrbuch der Welt sollte, mit dem alten Herkommen brechend, den Bedürfnissen unserer Zeit noch mehr Rechnung tragen. Bei der stetig zunehmenden Beweglichkeit und Verschiebung der Menschheit über alle Welttheile, bei der hervorragenden Antheilnahme auch des deutschen Volkes an dem Leben jenseits der Meere ist es nicht mehr angängig, dass der deutsche Arzt mit Scheuklappen an denjenigen Erkrankungen vorübergeht, die einstweilen im eigenen Lande gar nicht oder nur vereinzelt vorkommen. Namentlich der in Hafenstädten, auf Schiffen oder in den Colonien thätige deutsche Arzt muss wenigstens einen Begriff von jenen Krankheiten in die Praxis mitbringen. Dafür Sorge zu tragen, ist nicht nur Pflicht des klinischen Unterrichtes, sondern auch der Lehrbücher. Wir möchten daher auch dem Verfasser des hier besprochenen Lehrbuches anheimgeben, künftig in demselben wenigstens der Pest, dem Gelbfieber, Schwarzwasserfieber und vielleicht auch der Lepra, die unseres Erachtens nicht nur in die Lehrbücher der Hautkrankheiten gehört, einen bescheidenen Platz zu gewähren. Stintzing.

Dr. **E. Schreiber**, Privatdocent für innere Medicin an der Universität Göttingen: **Ueber die Harnsäure unter physiologischen und pathologischen Bedingungen.** Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1899. Preis 3 M.

Unsere heutigen Kenntnisse in der Harnsäurefrage finden in dem vorliegenden Werke eine zusammenfassende und augenscheinlich erschöpfende Darstellung. In 4 Capiteln behandelt Verfasser die Chemie, das Vorkommen und die Ausscheidung der Harnsäure, die Harnsäurebildung und die Pathologie derselben. Von den zahlreichen Arbeiten über diese Gebiete sind betr. der Ausscheidung der Harnsäure fast ausschliesslich die Resultate jener berücksichtigt, welche mittels der als zuverlässig anerkannten Ludwig-Salkowski'schen Methode gewonnen wurden.

Wenn die Bestimmung der Harnsäureausscheidung auch für klinische Zwecke zunächst noch geringen praktischen Werth beanspruchen kann, so interessiren den Arzt immerhin die exacten Bestimmungen über den Einfluss der einzelnen Nahrungs- und Genussmittel und verschiedener Medicamente auf die Grösse der Harnsäureausscheidung, die Rolle, welche Hunger, Bäder, Bewegung, Schwangerschaft etc. auf diesen Theil des Stoffwechsels äussern. Eingehende Besprechung und Kritik findet die Horbaczewski'sche Theorie der Harnsäurebildung aus den Nucleinen. In dem Capitel über die Pathologie der Harnsäure interessiren den Arzt besonders die Erörterungen über die Harnsäurediathese, über die Ursachen der Steinbildung, über Gicht. Bezüglich letzterer steht Sch. auf dem Standpunkt, dass es sich nicht um eine allgemeine Retention der Harnsäure, sondern um eine dauernde Mehrbildung derselben handeln müsse. Wohl mit Recht verwirft der aus der Schule von Ebstein stammende Verfasser die kritiklosen Anschauungen, die — besonders ausser Deutschland — in der Harnsäure die Materia peccans für alle nur möglichen Leiden erblicken. Wie weit Sch. durch eigene Untersuchungen zur Klärung der Harnsäurefrage beigetragen hat, ist aus der Lectüre seiner verdienstvollen Studie zu entnehmen. Dr. Grassmann-München.

Vom **Jahrbuch der praktischen Medicin**, herausgegeben von **J. Schwalbe**-Berlin liegt nach dem Erscheinen des 3.—6. Heftes, deren jedes auch einzeln käuflich ist, nunmehr auch der Jahrgang 1900 abgeschlossen vor. Das 3.—6. Heft enthält: Constitutionskrankheiten und Krankheiten des Blutes von M. Sternberg-Wien, Chirurgie von P. Wagner-Leipzig, Geburtshilfe und Gynäkologie von P. Strassmann-Berlin, Augenheilkunde von C. Horstmann-Berlin, Ohrenkrankheiten von Schwabach-Berlin, Krankheiten der Nase etc. von A. Jurasz-Heidelberg, Haut- und venerische Krankheiten von M. Joseph-Berlin, Kinderkrankheiten von H. Neumann-Berlin, Klimatologie, Balneologie, Hydrotherapie von Clar-Wien, Arzneimittellehre und Toxikologie von R. Gottlieb-Heidelberg, gerichtliche Medicin von G. Puppe-Berlin, öffentliches Gesundheitswesen von A. Gärtner-Jena.
Dr. Grassmann-München.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte. Herausgegeben von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **A. Eulenburg.** III. gänzlich umgearbeitete Auflage. 23. und 24. Band. Wien und Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1900.

Von den neu vorliegenden Bänden vollendet der 23. den Buchstaben S (Spital — Szobráncz); der 24. umfasst den Buchstaben T (Tabacosis — Tulipin). Die Bände sind, wie alle vorausgehenden, reich an vortrefflichen Orientirungsartikeln. Als Muster eines solchen, der bei aller durch den Raum gebotenen Kürze seinen Gegenstand nach allen Richtungen erschöpft, nennen wir aus vielen anderen nur den von E. Ziegler verfassten Artikel „Tuberculose".

Neueste Journalliteratur.

Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen. Bd. 1, Heft 4.

Charles Denison-Denver: **The educational and legislative Control of Tuberculosis.**

Eine Hauptursache der Tuberculose ist die schlechte Ventilation unserer Wohn- und Schlafräume. Dringend nöthig ist in diesen die Bewegung der Luft. Die durch die Sonne hervorgerufene Molecularbewegung ihrer Atome bewirkt alle die Erscheinungen, durch die die Luft so bedeutenden Einfluss auf uns hat, Licht, Wärme, Elektricität, Magnetismus. Die eingeschlossene Luft ist todt. Feinere Momente als nur die uns bekannte Zusammensetzung der Luft aus Sauerstoff, Stickstoff, Feuchtigkeit, Kohlensäure bestimmen das Leben der Atmosphäre. Alle diese Kräfte werden bei schlechter Ventilation in Fesseln gelegt. Darum muss man einen solchen Hauptübelstand unseres Lebens schon durch die Erziehung beseitigen und in allen Schulen die Elemente der Ventilation lehren.

De Lannoise-Paris: **Traitement de la Tuberculose pulmonaire et des affections des voies respiratoires par l'Organo-Toxine.**

Das neue Organotoxin unterscheidet sich sowohl therapeutisch, als auch chemisch von allen bisher hergestellten Tuberculinen. In dem Artikel wird zuerst die Herstellung beschrieben, dann werden natürlich die schönsten Erfolge berichtet, die Interessenten ebenfalls besser im Original nachlesen.

Gerhardt: **Ueber Eheschliessung Tuberculöser.**

In der Literatur finden sich einige Vertheidiger der Verheirathung Tuberculöser, die Mehrzahl aber der Aerzte steht auf dem Standpunkte, dass die Verheirathung solcher Kranker grosse Bedenken birgt. Verfasser schliesst sich diesen an; durch den geschlechtlichen Verkehr kann Ansteckung erfolgen, ferner besteht die Gefahr der Versprühung Flügge'scher Tröpfchen, der eheliche Verkehr beim Manne, Schwangerschaft u. s. w. beim

Weibe und namentlich auch das Stillen wirken verschlimmernd auf den Verlauf der Krankheit ein. Verfasser stellt den Satz auf, dass Jemand, der tuberculös gewesen ist, mindestens ein Jahr lang gesund gewesen sein soll, ehe er an's Heirathen denkt. In der Discussion schliessen sich Fürbringer und v. Leyden im Allgemeinen dem Redner an, mildern indessen nach verschiedenen Seiten hin die „etwas düsteren" Ausführungen Gerhardt's.

Schultzen: **Ueber Athemübungen bei der Behandlung der Lungentuberculose.** (Schluss aus Heft 2, vergl. Referat: Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 22, p. 775.)

Nachdem noch einige günstige Wirkungen der Athemgymnastik auf die Lunge registrirt sind, schildert Sch. den ungemein wohlthätigen Einfluss auf das Herz, diesen meist mitangegriffenen Muskel. Auch die subjectiv von den Kranken empfundenen Wirkungen sind für die Beurtheilung wichtig. Die drei Haupteinwände der Gegner: Entstehung von Blutungen, Autoinfection gesunder Lungentheile, Verzögerung des Heilungsvorganges durch die vermehrte Bewegung, haben sich in der Praxis als nicht stichhaltig erwiesen. „Die Athemgymnastik durch genaue ärztliche Verordnung dem Einzelfalle angepasst und dauernd sorgfältig überwacht, ist als ein äusserst werthvolles Hilfsmittel bei der Behandlung der Lungentuberculose nach dem hygienisch-diätetischen Verfahren zu betrachten und verdient grundsätzlich bei jedem Kranken angewandt zu werden, dessen eingehende Untersuchung eine Gegenanzeige nicht erkennen lässt."

Maragliano-Genua: **Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der tuberculösen Toxhaemie.**

Verschiedene Krankheitserscheinungen bei der Tuberculose zeigen, dass dabei eine Toxaemie vorhanden ist. Ihre Gegenwart wird festgestellt und ihre Differenzirung von anderen Giftkörpern durchgeführt durch die von ihr gesetzten pathologischen Veränderungen, durch ihre pyrogenen Eigenschaften, durch die Möglichkeit, bei Thieren ihre Wirkung durch ein Antitoxin aufzuheben. Die vorgenommenen Versuche werden beschrieben. Ergebniss: „Dass bei Tuberculösen mit den klinischen Zeichen der Toxaemie das unveränderte Blut, der Glycerin-Auszug aus demselben, das Blutserum und aus dem Harne erhältliche Niederschläge auf die gesunden und tuberculösen Versuchsthiere toxische Wirkungen ausüben; dass diese toxische Wirkung dem Bilde der Tuberculinimpfung entspricht; dass ihre Giftwirkung durch Tuberculoseantitoxin neutralisirt werden kann."

A. Fraenkel-Badenweiler: **Das Tuberculinum Kochii als Diagnosticum.**

Auf Grund der Thierversuche, von denen einige Statistiken angeführt werden, empfiehlt F. das Tuberculin auch für den Menschen als brauchbares Diagnosticum. Der einleitende Satz: „Die einwandfreie Constatirung der tuberculösen Natur einer Erkrankung ist an den Nachweis von Tuberkelbacillen gebunden", dürfte nicht allseitige Zustimmung finden.

Buttersack: **Wie erfolgt die Infection des Darmes?** (Nicht vollendet.)

Reiche-Hamburg: **Die Bedeutung der erblichen Belastung bei der Lungenschwindsucht.**

Die Beobachtungen, die Reiche an 1499 Untersuchten (aus der Heilfürsorge der Hanseatischen Versicherungsanstalt) gemacht hat, sprechen dafür, dass man mit dem Begriffe der Familiendisposition brechen müsse, dass sich vielmehr alle diese Fälle durch Infection erklären liessen. Wenn auch in belasteten Familien mehr Fälle der Krankheit zum Opfer fallen, so darf man das doch nicht auf Belastung zurückführen, sondern auf Infection, da sonst mehr Glieder im jugendlichen Alter sterben würden. Auch der phthisische Habitus zeigt sich bei Belasteten in vermehrtem Maasse, doch genügt dieses Ueberwiegen nicht. Dagegen sind die Dauererfolge bei den Belasteten eher besser, als bei den Nichtbelasteten. Während die Anhänger der Disposition folgern: wenn die Ansteckung nicht die ihr zugeschriebene grosse Bedeutung hat, so wird der Tuberculose ein grosser Theil ihres Schreckens genommen; denn die Disposition kann man beseitigen oder wenigstens verringern — schliesst Reiche: wenn alle Fälle auf Infection beruhen, und es die beunruhigende Disposition nicht mehr gibt, ist die Tuberculose ihres Schreckens entkleidet. Wer hat nun Recht?

Th. Struppler-München: **Ueber das tuberculöse Magengeschwür im Anschluss an einen Fall von chronisch-ulceröser Magentuberculose mit tödlicher Perforationsperitonitis.** (Schluss aus Heft 3.)

Magentuberculose ist ein sehr seltenes Leiden, wenn auch nicht so selten, wie man gemeinhin annimmt. Die tuberculösen Magengeschwüre haben ihren Sitz am Pylorus. Dass sie nicht öfters auftreten, hat seinen Grund nicht in der Salzsäure des Magens, sondern in dem Widerstande des intacten Magenepithels. Die Magentuberculose kann aber auch auf haematogenem und lymphatogenem Wege entstehen, bei ulceröser Phthise, bei Miliartuberculose oder per contiguitatem von der Serosa aus. Grosse Geschwüre sind anatomisch sofort zu erkennen, bei kleineren, wie bei Granulomen und bei Miliartuberculose der Magenschleimhaut ist das Mikroskop nöthig. Klinisch verläuft die Affection beschwerdelos, solange keine Peritonitis dabei ist. Selbst die Wahrscheinlichkeitsdiagnose aus dem Auftreten plötzlicher Magensymptome, Haematemesis, Auftreibung ist schwer. Eine Krankengeschichte eigener Beobachtung wird angefügt.

Sieveking: **Die Tuberculosesterblichkeit Hamburgs in den Jahren 1820 bis 1899.** (Mit Curven, Tabellen und Plänen.)

Talma-Utrecht: **Die Bettruhe bei der Behandlung der Schwindsüchtigen.**

S. Sterling-Lodz: **Variola und Phthisis.**

Die Variola spielt die Rolle eines die Entstehung der Lungenphthise begünstigenden Factors. (Vergl. van Bogaert et Klynens, Heft 3. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 32, p. 1114.) Liebe.

Centralblatt für Chirurgie. 1900. No. 38 u. 39.

No. 38. R. Kossmann: **Ueber die Wirkung des Chirols.**

K. wendet sich gegen die Ausführungen Evler's, gibt aber zu, dass starke Schweisssecretion an den Händen event. das Chirol unwirksam macht, er empfiehlt also für Aerzte, die stark an den Händen schwitzen, vor der Chirolapplication die Hände noch in Alkohol und Aether zu tauchen und dann ein möglichst rasches Trocknen des Chirols durch genaueste Befolgung der Gebrauchsanweisung zu begünstigen, des Weiteren polemisirt K. gegen Schäffer's Versuche und stellt dessen Versuchen eine Reihe eigener entgegen, bei denen die Finger nur 6—8 Secunden in die Lösung getaucht wurden und der Ueberzug stets vollständig in 2—3 Minuten trocknete.

A. Weischer-Hamm: **Ruptur und Bruch des Zwerchfells.**

Bei einem durch Zusammenstürzen eines Bretterlagers verunglückten, am gleichen Tage unter Erbrechen verstorbenen Arbeiter war die ganze l. Bauchhöhle von ⅔ des geblähten Magens, dem mittleren Theil des Querkolons mit dem anhängenden Netz und Milz gefüllt, am Magen und Kolon liess sich leicht die stricturirte Stelle nachweisen, die der 12 cm lange Riss, der sagittal den Lappen des Zwerchfells durchschneidet und nach hinten gegen die Mitte der 12. Rippe herabzieht, bewirkt hatte.

No. 39. Kuhn: **Das Princip der indirecten Sondirung.**

K. schildert die Vorzüge der Spiralgummibougies und die Nachtheile der steifen Instrumente, erstere vereinigen gleichzeitig eine steife und weiche Sonde in sich und gestatten in jeder Phase des Versuches eine wechselweise Verwendung beider. Mit dem starren Stahldraht ist die Spiralsonde eine im Interesse der Sicherheit des Sondirungsresultates steife Sonde, nach Herausnahme desselben ein im Interesse der Gefahrlosigkeit der Sondirung weiches und geschmeidiges Instrument, das bei Ausnutzung aller Bewegungsmöglichkeiten leicht das Lumen einer Stenose findet. Will man der Metallschlauchsonde noch mehr Eigenschaften, z. B. Federung geben, so kann man auch federnde Führungen aus starren Spiralen benützen. Ausser den hauptsächlichsten Instrumenten für Sondirung des Oesophagus und Mastdarms findet K. Spiralsonden auch für Fistelsondirungen und speciell als eine notizbuchbleistiftdicke Spiralstahldrahtsonde (die an der Oberfläche ganz glatt polirt, an den Enden kleinere oder grössere Knöpfe trägt) zur Sondirung der Gallenwege sehr brauchbar, zumal wenn ein Finger in der Bauchhöhle den Gang derselben controlirt. Schr.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 43. Bd., 2. Heft. Stuttgart, F. Enke, 1900.

1) F. Ahlfeld-Marburg: **Beiträge zur Frage von der Entstehung der fieberhaften Wochenbetterkrankungen. 3. Theil. Kritische Bemerkungen und Schlussbetrachtungen.**

A.'s Bemerkungen richten sich wesentlich gegen die Autoren, welche seine Lehre von der Selbstinfection und seine Heisswasser-Alkoholdesinfection bekämpft haben. A. hält nach wie vor an seiner Lehre von der Selbstinfection fest, die darin gipfelt, „dass eine gesunde oder scheinbar gesunde Frau in Folge puerperaler Infection erkranken, selbst sterben kann, ohne dass Finger, Instrumente, Verbandmaterial etc. dafür verantwortlich gemacht werden können". Für die auffallende Differenz der Fieber- und Morbiditätsstatistiken sind mehrfache Gründe nachzuweisen. Auf den praktischen Unterricht in der Methode der Desinfection bei Practicanten und Hebammenschülerinnen wird in Marburg grosser Werth gelegt. Nach Operationen betrug dort die Morbidität nur 4 Proc. mehr als der Durchschnitt, während sie in Halle z. B. 11 Proc. betrug. Untersuchungs- und Operationshandschuhe verwirft A. für die Anstaltspraxis, während er sie für die allgemeine Praxis zulassen will. Die Vaginaldouche, wozu A. eine 3 proc. Seifenkresollösung verwendet, empfiehlt er nur als einmalige präliminare Douche; nach den Untersuchungen und Operationen werden keine Ausspülungen mehr vorgenommen.

Als Schlussergebnisse aus den Erfahrungen des letzten Decenniums empfiehlt A. die Gründungen kleinerer Gebäranstalten, die gründliche Erlernung der Händedesinfection für angehende Hebammen und Aerzte (wobei für die Letzteren das praktische Jahr an einer Entbindungsanstalt gefordert wird) und die Einschränkung gewisser geburtshilflicher Operationen. Nach A.'s Ansicht ist es für ihn übrigens zweifellos, dass auch seine Lehre von der Selbstinfection an Boden gewonnen hat, wobei er jedoch nochmals betont, dass an der Spitze seines Programms nicht die Frage von der künstlichen Scheidenreinigung, sondern die Frage der Händedesinfection steht.

2) P. Bröse-Berlin: **Ueber Exstirpatio vaginae.**

B. beschreibt zunächst einen glücklich verlaufenen Fall von Totalexstirpation der Vagina und des Uterus wegen Carcinom der

hinteren Scheidenwand bei einer 32jährigen Frau. Der Verlauf war reactionslos, Pat. nach 9 Monaten noch recidivfrei.

Im Anschluss hieran bespricht B. die verschiedenen Operationsmethoden zur Entfernung maligner Neubildungen in der Scheide; zuerst die sacralen, resp. parasacralen Methoden, dann die vaginalen nach den Vorschlägen Schröder's, Duhrssen's, Mackenrodt's, Olshausen's, Winter's, Sippel's und Martin's. B. selbst operirte nach Martin, wobei die Vagina im Introitus umschnitten und ohne weiteren Hilfsschnitt von ihrer Umgebung abpräparirt wird. Er empfiehlt dies Verfahren für die meisten Fälle, wo die Totalexstirpation der Scheide indicirt ist; bei zu engen Raumverhältnissen käme die perineale Methode nach Olshausen oder Sippel als Hilfsschnitt in Frage.

Partielle Exstirpationen sollte man nur auf ganz beginnende Carcinome beschränken, im Uebrigen stets nur die Totalexstirpation machen. Zur Erhaltung der Cohabitationsfähigkeit danach kämen bei jüngeren Frauen passende Methoden der Scheidenplastik in Frage, wie sie von Lipinski und Rosziezewski vorgeschlagen worden sind.

3) G. Klein-München: **Zur vergleichenden Anatomie und Physiologie der weiblichen Genitalien.**

In diesem in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe etc. gehaltenen Vortrage bespricht K. verschiedene Fragen aus dem Gebiet der vergleichenden Anatomie und Physiologie der weiblichen Genitalien, so gewisse Missbildungen, die phylogenetisch als Atavismus zu deuten sind, Beobachtungen zur Phylogenie der Mammarorgane und zur vergleichenden Phylogenie der accessorischen Geschlechtsdrüsen. Die angeführten Beobachtungen sind jedoch zu kurzem Referat ungeeignet und überdies ohne Abbildungen nicht verständlich, so dass auf das Original verwiesen werden muss.

4) O. v. Franqué-Würzburg: **Ovarialcyste (Hydrops folliculi) mit Abdrehung des Stiels beim Neugeborenen.**

Das Präparat stammte von einem ausgetragenen, gut genährten Kind, das 18 Stunden nach der Geburt gestorben war. Es fand sich eine taubeneigrosse Cyste des linken Ovariums, deren Stiel 3mal torquirt war. Aus der mikroskopischen Untersuchung geht hervor, dass die Cyste aus einem Graaf'schen Follikel hervorgegangen war. Das Präparat lehrt u. a., dass schon im foetalen Leben die Function des Ovariums durch cystische Degeneration vernichtet werden kann.

5) R. Borrmann-Breslau: **Ein diffuses Riesenzellensarkom der Cervix uteri mit Metastasen in beiden Ovarien, complicirt durch Schwangerschaft und Abort im vierten Monat.**

Eingehende Beschreibung der in der Ueberschrift näher bezeichneten Geschwulst, die von einer 30jährigen Frau stammte, welche durch einen septischen Abort zu Grunde ging. B. beschreibt zunächst den mikroskopischen Befund, der verschiedene Bilder von Riesenzellen aufwies. Ob der Ausgangspunkt des Sarkoms die Schleimhaut oder das Myometrium war, lässt B. unentschieden. Er bespricht dann das im Ganzen nicht häufige Vorkommen von Riesenzellen in Uterussarkomen und betont, dass er in der Literatur keinen Fall gefunden, wo dieselben so zahlreich, gross und vielkernig waren, wie in seinem eigenen. Auf die nähere Besprechung seines Falles übergehend, stehen 3 Punkte im Vordergrund des Interesses:

1. die diffuse Ausbreitung des Sarkoms auf dem Lymphwege, combinirt mit den vorhandenen Metastasen;

2. die erfolgte Conception und die Frage nach Grösse und Ausdehnung des Tumors zur Zeit der letzteren;

3. das Eintreten des Abortes.

ad 1. sei hervorgehoben, dass Ovarialmetastasen sowohl beim Carcinom wie Sarkom des Uterus äusserst selten sind. Im vorliegenden Falle nimmt B. das Zustandekommen der Metastasen in den Ovarien ausschliesslich durch den Lymphstrom an. Die Tumorzellen gelangten vom Uterus in die Ovarien auf dem Lymphgefässwege; einen rückläufigen Strom braucht man deswegen nicht anzunehmen. Die Complication von Uterussarkom mit Schwangerschaft ist äusserst selten; B.'s Fall ist erst der 5. von Cervixsarkom. Den Eintritt des Aborts kann man durch eine vorher schon vorhandene Endometritis erklären, oder nach der Keilmann-Knüpffer'schen Theorie auf Rechnung der durch das Sarkomwachsthum bedingten Dickenzunahme der Cervix setzen, durch welche ein directer Reiz der Cervicalganglien gegeben war, der wehenerregend wirkte.

6) Gustav Vogel-Würzburg: **Querlage und Wendung bei Erstgebärenden.**

Querlagen bei Erstgebärenden gehören zu den grossen Seltenheiten. Als Ursachen werden Tumoren, Placenta praevia und Hydramnios aufgeführt, denen V. den Uterus arcuatus s. bicornis und Mangel an Fruchtwasser hinzufügt. In der Würzburger Klinik betrafen unter 86 Querlagen 8 Erstgebärende incl. der frühgeborenen Kinder und Aborte. Unter diesen hatten 5 einen Uterus arcuatus, 1 eine Placenta praevia, 6 plattes Becken. Für die Therapie empfiehlt V. im Beginn der Geburt die äussere Wendung auf den Kopf; gelingt dies nicht, die combinirte Wendung auf den Kopf mit Sprengen der Blase. Gelingt auch letztere nicht, so soll zunächst die combinirte Wendung auf die Füsse versucht werden und nur im äussersten Nothfalle die innere Wendung, falls nicht eine drohende Uterusruptur sie verbietet.

7) Robert Meyer: **Ueber Drüsen, Cysten und Adenome im Myometrium bei Erwachsenen. III. Tubenwinkeladenome.**

8) Ludwig Kleinwächter: **Einige Worte über die Complication von Uterusmyom und Diabetes.**

Bis jetzt sind 6 Fälle der genannten Complication in der Literatur veröffentlicht, 1 von Löb, 2 von K. und 3 von Gottschalck. K. bringt die Krankheitsgeschichten dieser 6 Fälle und zieht daraus einige Schlüsse. In den beobachteten Fällen war der Diabetes theils ein schwerer, rasch zum Tode führender, theils ein solcher leichterer Form. Er trat bei grossen Myomen mit starken Blutungen, aber auch bei kleineren Myomen auf. Er gesellte sich erst in später Zeit hinzu, nachdem das Myom bereits lange Zeit bestanden, oder folgte seiner Entwickelung bald, bezw. entstand gleichzeitig. Ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Myom und Diabetes besteht, lässt sich noch nicht feststellen. Für die grossen Myome mit starken Blutungen gibt K. diese Möglichkeit zu; für die kleinen Myome sind andere Erklärungen näher liegend. Die Uterusexstirpation hält K. nur in solchen Fällen für indicirt, wo das Myom an sich den Eingriff erforderlich macht.

Jaffé-Hamburg.

Centralblatt für Gynäkologie. 1900, No. 39.

K. J. F. Baur-Berlin: **Ueber einen Fall von spontaner, completer Uterusruptur; conservative Behandlung; Heilung.**

Das Bemerkenswertheste an dem Fall ist der Ausgang in Heilung bei conservativer Behandlung. Er betraf eine 25jährige II. Para mit allgemein verengtem Becken, bei der es während der protrahirten Geburt zur Uterusruptur kam. Das todte Kind wurde mit der Zange extrahirt, die in der freien Bauchhöhle befindliche Placenta an der Nabelschnur herausbefördert. Tamponade mit Jodoformgaze. Fieberhaftes Wochenbett, complicirt durch eine katarrhalische Pneumonie. Trotzdem völlige Heilung nach vier Wochen.

B. bespricht die Hauptgefahren der completen Uterusruptur, die Verblutung und Infection, und kommt zu dem Schluss, bei directer Verblutungsgefahr zu operiren, hält dagegen die conservative Behandlung für berechtigt, wenn jene Gefahr mit Sicherheit auszuschliessen und eine schonende Entbindung auf natürlichem Wege möglich ist. Jaffé-Hamburg.

Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten. Bd. XXXVIII, No. 10 u. 11. Doppelheft. 1900.

1) Skschivan-Odessa: **Zur Morphologie des Pestbacteriums.**

Verf. sah bei einer 3 Jahre fortcultivirten Pestcultur lange Fäden entstehen, die zu ganzen Geflechten auf Glycerinagar auswuchsen. Da auch vielfach Verzweigungen auftraten, so will Verf. die Pest zu den Aktinomyceten gerechnet wissen.

Auf Chlornatriumagar zeigten sich bei den Pestculturen merkwürdige Involutionsformen. Andere Bacterien, die er untersuchte, liessen Verzweigungen erkennen, so der Bac. pseudotuberc. rodentium, Rotz, Diphtherie; sogar T phus soll Zweigbildung gezeigt haben! Dagegen war bei Pseudodiphtherie keine Verästelung zu beobachten.

2) Libmann-New-York: **I. Ueber einen neuen pathogenen Streptococcus.**

II. Ueber eine eigenthümliche Eigenschaft (wenigstens mancher) pathogener Bacterien.

I. Der neu gefundene Streptococcus hat die Eigenthümlichkeit, Glykose- und Lactoseagar weiss zu färben; in anaërober Cultur aber nur, falls seröse Flüssigkeit zugefügt wird; Verf. glaubt diese Färbung auf Eiweissfällung zurückführen zu müssen.

II. Auch pathogene Mikroorganismen vermochten Eiweiss von Menschenblutserum bei Anwesenheit von Traubenzucker zu fällen. Saprophytische Bacterien scheinen diese Eigenschaften nicht zu besitzen.

3) Luttinger-Czernowitz: **Der Typhus im Czernowitzer Stadtgebiete während der Zeit vom Jahre 1892 bis Ende 1899.** (Schluss.)

Verf. sucht die Ursachen zu ermitteln, welche die zahlreichen Typhusfälle im Czernowitzer Stadtgebiet veranlasst haben und kommt, nachdem über die Verunreinigung des Trinkwassers, die Canalisation und Wasserleitung, die einzelnen Stadttheile, den Lebensmittelvertrieb, den Einfluss der Niederschläge und des Grundwassers genaue Nachforschungen und Erhebungen angestellt sind, zu dem Schluss, dass die Wasserversorgung doch in causalem Zusammenhang mit der Epidemie stehen könnte, wenn auch keine definitiven Beweise vorlagen. Er fordert die Ausdehnung des Canalwassernetzes auf das ganze Stadtgebiet, Sperrung der bedenklichen Brunnen, Schutz der Brunnen gegen Tagwässer und ununterbrochenen Betrieb des Wasserwerkes.

4) Sieberth-Nürnberg: **Zur Aetiologie der Pulpitis.**

Im Gegensatz zu Arkövy und Zierler, welche als den Erreger der Pulpitis einen sporentragenden Organismus gefunden hatten, hält Verf. Streptococcen für die Erreger der Pulpitis. Er fand sie in einer grossen Reihe von Fällen, während er den sporentragenden Bacillus nie züchten konnte. Die Streptococcen fanden sich auch in 16 der untersuchten Fälle im Dentin, womit die Durchgängigkeit desselben für Bacterien erwiesen scheint. Nach Ansicht des Verf. gelangen die Bacterien also nicht durch die Blutbahn zur Pulpa.

5) Matzuschita-Nippon: **Ueber die Veränderlichkeit der Eigenschaft des Bacillus anthracis, Gelatine zu verflüssigen.**

Ein Milzbrandstamm, der 1½ Jahre fortgezüchtet war, verflüssigte nicht mehr die Gelatine, erhielt das Verflüssigungsver-

mögen aber wieder zurück, als er mehrfach auf Agar kurz hintereinander abgeimpft wurde.

6) Nakanishi: **Nachtrag zu meiner Arbeit: „Bacillus variabilis lymphae vaccinalis, ein neuer, constant in Vaccinepusteln vorkommender Bacillus".**

Verf. widerruft seine Ansicht, dass der von ihm in der Lymphe constant gefundene diphtherieähnliche Organismus mit Vaccine und Variola in aetiologischer Beziehung stehe. Es sei ein harmloser Saprophyt, der auf der normalen Haut vorkomme.

7) Ceresole-Padua: **Ein neuer Bacillus als Epidemieerreger beim Carassius auratus der Aquarien.**

Alle Fische, die untersucht wurden, zeigten an dem Obertheil des Hinterkopfes ein Geschwür, welches bis auf den Rücken übergriff. Die aus dem Geschwürsmaterial angelegten Culturen ergaben stets kleine cylindrische Stäbchen, ohne Sporen, mit lebhafter Bewegung. Der Organismus verflüssigt die Gelatine, wächst auf Kartoffeln erst schleimig weisslich, dann röthlich, später braun. Milch wird coagulirt.

Für Kaninchen ist der Organismus sehr virulent. Es entsteht an der Impfstelle Oedem mit stinkendem Gas. Carassius auratus geht mit 2 Tropfen Bouilloncultur subcutan geimpft ein, auch sterben die Fische, wenn etwas Cultur in das Wasser, worin der Fisch lebt, gebracht wird. Es entsteht dann auch das typische Geschwür.

8) W. v. Brunn-Göttingen: **Alkoholdämpfe als Desinfectionsmittel.**

Als Testobjecte bei den Versuchen dienten 5 tägige Milzbrandagarculturen, die an Seidenfäden angetrocknet waren. Mittels eines eigens construirten einfachen Apparates wurden Alkoholdämpfe entwickelt, welche verschieden lange auf die Objecte einwirkten. Es zeigte sich, dass die keimtödtende Kraft der Alkoholdämpfe in diesem Versuch je nach der Concentration des Alkohols sehr verschieden ist. 10 und 25 proc. Alkohol sind geringwerthig. Dagegen 50 und besonders 75 proc. kommen in Dampfform fast dem strömenden Wasserdampf gleich. Auffälliger Weise ist aber 95 proc. Alkohol ganz unwirksam. Verf. schliesst, dass einerseits das Wasser eine mittelbare wirksame Rolle spielt, andererseits aber auch der Alkohol selbst bactericide Kraft besitzt.

9) Edington-Capstadt: **Eine einfache Methode zur Fixirung von Blutpraparaten.**

Die Methode besteht in der Fixirung mit Formalin.

10) Lühe-Königsberg: **Ergebnisse der neueren Sporozoenforschung.** (Fortsetzung.) R. O. Neumann-Kiel.

Berliner klinische Wochenschrift. 1900. No. 39.

1) P. Baumgarten-Tübingen: **Die Rolle der fixen Zellen in der Entzündung.** (Schluss folgt.)

2) L. Mohr-Berlin: **Zur Symptomatologie der Facialislähmungen.**

Oppenheim hat früher die bei einem Kinde gemachte Beobachtung beschrieben, dass bei VII-Lähmung der einen Seite durch elektrische Reizung der Kinn-Unterkiefermuskeln der gesunden Seite eine Zuckung auch in den entsprechenden Muskeln der gelähmten Seite erhalten werden kann, schon bei Strömen, welche die gesunde Seite noch nicht erregen. M. konnte dieselbe Erscheinung auch bei einer 17 jährigen Patientin feststellen; dagegen war in 2 anderen Fällen von Facialislähmung bei älteren Kranken die contralaterale Musculatur nicht von der gesunden Seite aus erregbar. Die Verwebung der betreffenden Muskelbündel am Kinn unter sich scheint, wie Prüfungen an Gesunden ergaben, nicht Ursache der contralateralen Contractionen zu sein, sondern — bei jüngeren Personen — das Hineinwachsen jüngerer, leichter erregbarer Nervenfäserchen von der gesunden in die kranke Seite.

3) E. Kisch-Prag-Marienbad: **Die ärztliche Ueberwachung der Entfettungscuren.**

K. empfiehlt als hauptsächliche Punkte für dieselbe besonders folgende: 1. Feststellung der festen Nahrungsmengen nach Calorien, beträchtliche Beschränkung der aufzunehmenden Fettmengen. 2. Für anaemische Fettleibige bedeutende Einschränkung der Flüssigkeitsquanta. 3. Allmählige Steigerung des Maasses von körperlicher Bewegung, zunächst in der Ebene, dann an Steigungen, gemessen mit einem Schrittzähler. 4. Systematische Körperwägungen und -Messungen. 5. Regelmässige Schätzungen der Muskelkraft mittels des Dynamometers. 6. Beobachtungen der Herzkraft mittels des Sphygmographen. 7. Differenzbestimmungen zwischen eingeführter und ausgeschiedener Flüssigkeitsmenge. 8. Eventuell Stoffwechselbestimmungen. 9. Psychische Behandlung.

4) K. Miura-Tokio: **Behandlung der Hautwassersucht mittels eines schröpfkopfförmigen Heberapparates.**

Das betreffende Instrument, etwa einem mit einem Abflussrohr versehenen Glasschröpfkopf gleichend, ist im Original abgebildet. Es wird auf die gutgereinigte Haut aufgesetzt, mit physiologischer ClNa-Lösung sammt dem Abflussschlauch gefüllt und nun die Haut mittels kleiner Schnittchen gespalten, worauf durch Heberwirkung die Oedemflüssigkeit abfliessen kann. Das Ganze ist leicht sehr rein zu halten, gut zu befestigen und kann nach Belieben oft angelegt werden, wie sich Verfasser an 2 Fällen überzeugt hat.

5) Albu-Berlin: **Zur Physiologie und Pathologie der Gallensecretion.** (Schluss folgt.)

6) A. J. Ochsner-Chicago: **Ueber Verwendung ausschliesslicher Rectalernährung in acuten Appendicitisfällen.**

Verfasser kann diese Methode nur dringend empfehlen, da hierdurch die Bildung von Gasen und peristaltischen Bewegungen verhindert werden und die Bildung eines gut abgeschlossenen Abscesses befördert wird. Per os soll gar keine Nahrung gereicht werden. Verfasser gibt 3—6 stündlich Klysmen eines Nährpräparats in Normalsalzlösung, bei Brechreiz wendet er eine Magenspülung an. Als Zeitpunkte der Operation sind entweder gleich die ersten 2 Tage zu nehmen oder die Zeit nach vollkommen vorübergegangenem acuten Anfall.

No. 40.

1) O. Binz-Bonn: **Ueber Schlafmittel.** Säcularartikel.

B. gibt in demselben zunächst einen kurzen Ausblick auf die Entstehungsgeschichte des Morphiums, der vorsichtigen Anwendung desselben das Wort redend, sowie auf die modernen Ersatz- und Ergänzungsmittel des Morphiums. Der 2. Theil ist einer kurzen Erörterung der Theorien gewidmet, welche sich mit der Entstehung und den Vorgängen beim natürlichen und künstlichen Schlaf befassen. Es muss betreffs dieser historischen Darstellung auf das Original verwiesen werden.

2) Margulies-Constantinopel: **Ueber die Neumann'sche Modification der Fischer'schen Phenylhydrazinprobe zum Nachweise von Zucker im Harne.**

Nachdem M. die anderweitigen Modificationen der genannten Probe kurz besprochen, beschreibt er genau jene von Neumann: Versetzen eines bestimmten Harnquantums (im N.'schen Reagensglas) mit 50 proc. Essigsäurelösung, die mit essigsaurem Na gesättigt ist, Eindampfen der Mischung, mikroskopischer Nachweis der dabei gebildeten charakteristischen gelben Phenylglykosazonkrystalle. Verf. hat diese Probe klinisch nachuntersucht. Er fand bei der Prüfung einer grösseren Anzahl diabetischer Harne und 15 zuckerfreier, dass die Reaction sehr empfindlich ist und absolut sicher 0,05 Proc. Zucker, manchmal 0,02 Proc. angibt, wo die Trommer'sche und Nylander'sche Probe in der Regel versagen. M. empfiehlt daher die N.'sche Modification für den Gebrauch des Praktikers als sicher und bequem.

3) E. Koch-St. Petersburg: **Zwei Stoffwechselversuche über die Wirkung der Oelklystiere.**

Die vorgenommenen Bestimmungen ergaben das überraschende Resultat, dass nicht etwa durch vorzeitige Entfernung des Darminhaltes ein Verlust an noch ausnützbarem Material eintritt, sondern dass Oeleingiessungen den Stoffwechsel in jeder Hinsicht günstig beeinflussen, indem sie sowohl die N- als die Fettresorption steigern. Das per rectum eingeführte Oel kommt als Nahrungsfett in viel höherem Maasse zur Verwendung als bisher angenommen wurde. Ueber die ausführlichen Zahlenbelege ist das Original zu vergleichen.

4) P. Baumgarten-Tübingen: **Die Rolle der fixen Zellen in der Entzündung.** (Schluss.)

Cfr. die Berichte der Münch. med. Wochenschr. über den Internationalen med. Congress zu Paris 1900.

5) Albu-Berlin: **Zur Physiologie und Pathologie der Gallensecretion.**

Cfr. Ref. hierüber pag. 448 der Münch. med. Wochenschr. 1900.

6) G. Zuelzer-Berlin: **Ueber experimentelle Bence-Jones'sche Albumosurie.**

Es ist dem Verfasser bei zahlreichen, darauf gerichteten Thierversuchen nur 1 mal gelungen, bei einem mit Pyrodin vergifteten Hunde eine 5 tägige, reine Albumosurie — ohne Eiweissbeimengung — zu erzielen. Die Thiere mit Albumosurie zeigten gleichzeitig progressive Anaemie, ebenso bestimmte „lymphoide" Veränderungen des Knochenmarkes.

Dr. Grassmann-München.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. XXX. Jahrg. No. 19.

Fritz Dumont-Bern: **Zur Cocainisirung des Rückenmarkes.**

Die von Bier angegebene, von Tuffier modificirte und begeistert empfohlene Methode wurde 3 mal angewendet: Nur in einem Fall (Fussknochentuberculose) wurde Analgesie erzielt, nicht in den beiden anderen (Brustkrebs und Nabelbruch); überdies in allen Fällen heftiger Kopfschmerz, Unruhe, Fieber, theilweise Delirien, ja bei dem heruntergekommenen Patienten mit Knochentuberculose Exitus. Die Methode ist also für die Praxis vorläufig nicht haltbar.

A. Kalt: **Ein Beitrag zur puerperalen Infection.**

Die äusseren Gründe des Wochenbettfiebers, die Art der Infection, die Bedeutung der Gonorrhoe werden kurz besprochen; dann folgt ein differentialdiagnostisch schwieriger Fall (Exitus an Miliar- und Meningealtuberculose mit tuberculöser Pyosalpinx).

A. Eugster: **Mittheilungen aus der Praxis.**

1. Kind von 7250 g und 57 cm glücklich geboren.

2. Bromoformvergiftung (ca. 3 g); nach einer Stunde Magenausspülung und künstliche Athmung. Schnelle Erholung.

Pischinger.

Oesterreichische Literatur.

Wiener klinische Wochenschrift.

No. 39. 1) H. Marcus-Wien: **Zur „intravitalen" Neutralrothfärbung der Leukocyten.**

Verfasser publicirt in dieser vorläufigen Mittheilung unter besonderer Würdigung der Arbeiten Plato's die Ergebnisse seiner

eigenen Untersuchungen in 15 Sätzen, die nicht auszugsweise hier angeführt werden können. Das Hauptresultat ist, dass sich durch die Neutralrothmethode der morphologisch intacte Leukocyt färbt, der geschädigte nicht. Mit dem Verschwinden der Färbung geht das Auftreten von Vacuolen Hand in Hand.

2) J. Winterberg und R. Braun-Wien: **Ueber „Acetopyrin", ein neues Antipyreticum.**

Das Präparat ist ein weissliches, aus Antipyrin und Acetyl-Salicylsäure zusammengesetztes Pulver, das in den ca. 100 Fällen, bei denen es die Verfasser bisher anwandten, keinerlei schädliche oder unangenehme Wirkungen auf Magen und Darm ausübte, selbst bei Tagesdosen von über 5—7 g; auch erzeugt es weder Ohrensausen, noch den nachhaltigen Schweiss wie Salicyl. Seine Wirkung bei acutem Gelenkrheumatismus, Neuralgien, Migräne etc. war sehr günstig, auch da, wo Salicyl schon vorher versucht worden war. 4 Fälle von Typh. abdom. schienen günstig beeinflusst zu werden, ebenso ein Fall von epidemischer Cerebrospinalmeningitis. Günstiges sahen die Verfasser auch bei acuten Affectionen der Pleura und des Pericards. Die antipyretische Wirkung ist eine rasch eintretende und energische. Meist reichen 6 Pulver à 0,5 g pro Tag aus, doch kann auch ohne Schaden viel höher gestiegen werden.

3) H. Ludwig-Wien: **Ein Fall von Elevatio uteri mit Lostrennung des Corpus von der Portio vaginal. unter Dehiscenz der Cervix.**

Die beschriebene Erkrankung wurde an einem 12jährigen Kind beobachtet. Als Ursache der Aufwärtshebung des Uterus ergab die Laparotomie ein cystisches Embryon des r. Ovariums, während das linke normal war. (Cfr. Abbildung.)

4) V. Cominotti-Triest: **Hyperglobulie und Splenomegalie. Hyperglobulie und Splenectomie.**

Verf. hatte Gelegenheit, eine Patientin mit vergrösserter Milz, die später der Splenektomie unterzogen wurde, zu untersuchen, und fand bei derselben eine bedeutende Zunahme der rothen Blutkörperchen. Derselbe Befund ergab sich bei einer 2. Kranken, die vor 7 Jahren mit Erfolg splenektomirt worden war und bespricht Verf. im Anschluss an diese 2 Fälle das Vorkommen der rothen Hyperglobulie in Fällen von Milzerkrankungen mit Kritik der einschlägigen Literatur.

Dr. Grassmann-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Freiburg.** September 1900.

29. van den Berg Hub. Leon. Ezech.: Die Torsion von Tubentumoren.
30. Haagen Richard: Zur Genitaltuberculose des Weibes.
31. Moshagen Albert: Ueber einen Fall von intramedullärem Sarkom des Halsmarkes.
32. Goldberg Albert: Zur Entstehung des Carcinoms der Haut und der Schleimhäute nach chronischer Reizwirkung.
33. Kaminsky Eugen: Ueber das Reiskörperchenhygrom der Bursa subdeltoidea.

Universität **Giessen.** August und September 1900.

21. Greimer Karl: Ueber giftig wirkende Alkaloide einiger Borragineen *).
22. v. Dzialowski Alfred: Ein seltener Fall von Gefässerkrankung (Aneurysmenbildung) in der Retina.
23. Fischer Alexander: Ueber den Werth der Symphyseotomie in der geburtshilflichen Praxis.
24. Uebele Gustav: Keratitis parenchymatosa beim Hunde.
25. Mayer August: Ein Fall von Echinococcus im Beckenbindegewebe.
26. Brundieck August: Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt für Mutter und Kind bei inneren Krankheiten der Mutter.

Universität **Göttingen.** Mai—August 1900.

12. Heinemann K.: Beiträge zur Statistik der Ohrenkrankheiten mit Rücksicht auf Alter und Geschlecht der Patienten und die Seite der Erkrankung.
13. Kempf F.: Zur traumatischen Aetiologie maligner Tumoren.
14. Ketteler A.: Das Diverticulum Meckelii als Ursache des Ileus und sonstiger Veränderungen im Abdomen und deren operative Behandlung.
15. Liecker H.: Beiträge zur Diagnose des Unterleibstyphus.
16. Morschbach A.: Beiträge zur Statistik der Diphtherie.
17. Richter C.: Ueber die Behandlung nicht geheilter Knochenbrüche bei Kindern.
18. Schmidt H.: Beiträge zur Lehre von der Leukaemie.
19. Schmidt K.: Beiträge zur Lehre der Tabes dorsalis.
20. Tiedemann W.: Ueber einen Fall von acuter haemorrhagischer, nicht eitriger Encephalitis.
21. Wanker R.: Zur Lehre von den Brüchen der Schädelbasis.

Universität **Jena.** September 1900.

23. Yû Fujikawa: Ueber die Coincidenz von Tabes und Herzklappenfehlern.
24. Hopf Oscar: Zur pathologischen Anatomie des angeborenen Irismangels.

*) Ist Dissertation der philosophischen Facultät, aber wegen des Interesses hier aufgeführt.

25. König Hugo: Ueber Kehlkopferkrankungen, insbesondere über einen Fall von schwerer Kehlkopfgangraen bei Typhus abdominalis.
26. Straeler Ludwig: Nephrolithiasis mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung durch Röntgenstrahlen und Heilung durch Nephrotomie.

Universität **München.** August und September 1900.

43. Herbig Fritz: Die Erkrankung des Processus vermiformis im Bruchsack.
44. Paira-Mall Lala: Ueber die Verdauung bei Vögeln, ein Beitrag zur vergleichenden Physiologie der Verdauung.
45. Scherer August: Die Tuberculose des äusseren Ohrs. Mit casuistischen Beiträgen.
46. Scheppach Andreas: Ein primäres Endothelioma lymphaticum alveolare der Vagina.
47. Clos Gottfried: Ein Fall von Compressionsmyelitis in Folge eines Myxosarkoms der Wirbelsäule.
48. Schmid Valentin: Casuistischer Beitrag zur Lehre vom Aneurysma aortae.
49. Oeschey Joseph: Ueber chronische Bleivergiftung.
50. Mitterhuber Fritz: Ein Beitrag zur Casuistik rasch verlaufender Endarteriitis luetica der Basilargefässe.
51. Meyer Ad.: Ueber einen Fall von Angina Ludovici.
52. Fujisawa Kokko: Beiträge zur Kenntniss des Morbus Basedowii.
53. Rott Otto: Versuche über die Zeit, welche schleimige Lösungen im Magen verweilen.
54. Beck-Peccoz Karl Freih. v.: Ueber Schussverletzungen des Kopfes.
55. Gerstung O.: Ueber einen Fall von idiopathischer oder kryptogenetischer Peritonitis.
56. Herrlen Wilhelm: Casuistische Mittheilung über 3 Fälle von Leukaemie.
57. Frankenstein Kurt: Zum Bau der normalen Uterusschleimhaut.
58. Rössle Robert: Cystenhygrome des Halses.
59. Harms Clemens: Ueber Endotheliom und Sarkom des oberen Humerusendes (Absetzung des Schultergürtels).
60. Peckert Hermann: Ueber Haematocelen des Samenstranges.
61. Hauer Karl: Ueber Herniotomie und Thoracotomie. Mittheilungen aus der Praxis.
62. Aschenbrenner Eugen: Ueber die pathologischen Veränderungen des Netzes im Bruchsack.
63. Ludwig Arthur: Ueber einen Fall von Mediastinaltumor.
64. Lederer Franz: Ein Fall von Pankreasnekrose.
65. Meyer Paul: Beitrag zur Casuistik der primären Lungensarkome.
66. Müller Franz: Ueber chronische Anaemie im frühen Kindesalter und ihre Behandlung mit Eisenmilchzucker.
67. Bardenheuer Hubert: Zur Casuistik der Grosshirntuberkel.
68. Schramm Carl: Beitrag zur Casuistik des primären Harnblasenkrebses.
69. Grasmann Max: Zur Kenntniss der auf traumatischer Grundlage entstandenen Hodensarkome.

Universität **Strassburg.** September 1900.

26. Merzbacher Ludo: Ueber die Beziehungen der Sinnesorgane zu den Reflexbewegungen des Frosches. I. Das Auge.
27. Lehmann B.: Ueber die Aetiologie der Fleischvergiftungen.
28. Gunsett August: Ueber Myombildung bei doppeltem Uterus im Anschluss an 3 neue Fälle.

Vereins- und Congressberichte.

72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte

in Aachen vom 16.—22. September 1900.

(Eigener Bericht.)

II.

Sitzung der medicinischen Hauptgruppe.

Der Sitzung der medicinischen Hauptgruppe am 19. September brachte man ein reges Interesse entgegen, da die Neuronlehre auf die Tagesordnung gesetzt worden war, und die Zuhörerschaft einen neuen Bacillus kennen lernen sollte, den Erreger einer Infectionskrankheit, die schon seit Langem die bacteriologische Forscherwelt in Athem hält. Prof. Dr. **Kruse**-Bonn hatte den Vortrag angekündigt: **Ueber die Bedeutung der Ruhr als Volkskrankheit und ihren Erreger, den Ruhrbacillus.**

Ueber den ersten Theil der Verhandlungen des Genaueren zu berichten, mag dem Berichterstatter erlassen werden. Dem Programme zu Folge hatte Prof. Dr. **Verworn**-Jena sein Thema formulirt: **Das Neuron in Anatomie und Physiologie.** Privatdocent Dr. **Nissl**-Heidelberg wollte **„die Neuronlehre vom pathologisch-anatomischen und klinischen Standpunkte"** beleuchten. Da hätte der weniger Eingeweihte glauben können, es handle sich um Arbeiten, von denen die eine die Ergänzung der

anderen bilden würde. Prof. Verworn erläuterte das Wesen des Neurons und hielt sich in dem Bereiche der Thatsachen, seinem Grundsatze treu, dass jeder Naturforscher die Grenze kennen müsse, wo die Thatsache aufhört, und die Ueberzeugung anfängt. Thatsachen können verschieden aufgefasst werden, und so gab Dr. Nissl in seinem folgenden Referate eine Kritik, in der er sich mehr und mehr von seinem Vorredner entfernte, um zu dem Schlusse zu kommen: „Die Gefahr der Neuronlehre besteht darin, dass sie etwas vortäuscht, was nicht vorhanden ist, und es ist Zeit, mit einem solchen Begriff zu brechen".

Eines war Allen, die den Worten der beiden Redner gefolgt waren klar, was auch Geh.-Rath Prof. Dr. v. Winckel, der den Vorsitz dieser bedeutungsvollen Verhandlungen führte, zum Schluss hervorhob: eine grosse Summe geistiger Arbeit war auf beiden Seiten geleistet worden. Die Zeugen dessen erhoben sich als äusseres Zeichen der Dankbarkeit von ihren Sitzen.

Das galt auch dem dritten Redner an diesem Tage, der auf ein ganz anderes Gebiet hinüberleitete. „Manche halten den Bacillenfang für einen Sport", sagte Prof. Kruse im Verlauf seines Vortrages, „Manche sogar für einen gefährlichen Sport". Da ist es gut, dass Erfolge gezeitigt werden, die den Unterschied zwischen Sport und methodischer Arbeit vor Augen rücken. Der, wie es die Verhältnisse mit sich gebracht hatten, leider nur vorläufige Bericht theilte das Resultat einer solchen methodischen Forschung mit.

Die jüngeren Collegen, so führte Prof. Kruse etwa aus, kennen die Dysenterie wohl kaum, aber die älteren müssen sich noch des Auftretens der Ruhrkrankheit im Kriege 1870/71 erinnern, wo 30 000 in Frankreich befindliche deutsche Soldaten daran erkrankten und 3000 Mann starben. Die heimkehrenden Krieger brachten die Ruhr mit nach Deutschland, und in der Zeit von 1870—1880 hatten wir die Ruhr überall. In den 80 er und Anfangs der 90 er Jahre war die Ruhr aus unserem Vaterlande fast gänzlich verschwunden; ständige Ruhrepidemien waren ja von jeher in Ost- und Westpreussen, Posen und Oberschlesien. In Rheinland und Westphalen ist die Ruhr in den 70 er Jahren in Barmen, Köln und Bonn stark aufgetreten, in den 80 er Jahren verschwand sie und von 1881—1891 sind dort nur verschwindend wenig Ruhrfälle constatirt worden. 1892 starben im Kreise Gelsenkirchen 50 Personen an der Ruhr, 1893 starben 150, 1894 und 1895 je 250. Damals griff auch die Ruhr weiter um sich. 1897 starben im Landkreise Bochum 150 Personen, 1898 in Ruhrort 100, ebenso 1899. Im vorigen Jahre trat die Ruhr plötzlich mit 600 Fällen in Barmen auf, 66 Personen starben. In diesem Jahre sind nur in Barmen und Ruhrort Ruhrepidemien vorgekommen.

Zunächst bildet nun die Ruhr des Orients den Gegenstand der Ausführungen. Es ist bekannt, dass die Forschungen sehr verschiedene Resultate zu verzeichnen haben. Der Vortragende, der gleichfalls bereits vor 8 Jahren Studien in Aegypten angestellt hat, möchte sich der Meinung, dass wir als Erreger der dortigen Ruhr Protozoen annehmen dürfen, im Grossen und Ganzen anschliessen. Der Versuch, einen einheitlichen Erreger für die verschiedenen Epidemien festzustellen, musste desshalb fehlschlagen, weil die als Ruhr bezeichnete Krankheit nichts Einheitliches nach der aetiologischen und pathologisch-anatomischen Seite hin darstellt. Jedenfalls kann man jetzt nach den jüngsten Forschungen, die der Vortragende in Laar, einem Orte von ca. 5000 Einwohnern, durchgeführt hat, mit Sicherheit sagen, dass die orientalische Infectionskrankheit von der einheimischen wesentlich verschieden ist.

Um den Infectionserreger der Epidemie von Laar festzustellen, musste man systematisch vorgehen und mit der mikroskopischen Untersuchung gefärbter Kothpräparate den Anfang machen. Hieraus etwas Bestimmtes zu ermitteln, wäre eine schwierige Aufgabe gewesen, wenn nicht ein glücklicher Zufall zu Hilfe gekommen wäre.

In den Dejectionsmassen fanden sich nämlich ziemlich zahlreiche kleine Schleimflocken, die bei näherer Besichtigung Eiterklümpchen und Blutcoagula einschlossen. Da sie den Stuhlgängen etwas Charakteristisches gaben, lag es nahe, sie vor Allem der mikroskopischen Analyse zu unterwerfen. Zwar war ja auch hier zu befürchten, dass sich dem Auge ein Gemengsel aller möglichen Bacterienarten darbieten würde. Dem war aber nicht so. Der Gehalt an Mikroorganismen war ziemlich spärlich und diese waren, so genau man auch die verschiedenen Gesichtsfelder durchforschte, sich alle so ähnlich, dass sich einem der Gedanke aufdrängte, Bacterien derselben Gattung vor sich zu haben. Man hatte es also gewissermaassen mit einer Reincultur zu thun und damit war die Arbeit wesentlich gefördert. So hatte man einen Anhaltspunkt gewonnen und war dem überaus schwierigen Geschäft des Isolirens von den übrigen Darmbacterien aus dem Wege gegangen. Es mag gleich hier bemerkt werden, dass sich die beschriebenen Schleimflocken mit ihrem Bacteriengehalte in jedem der Ruhrstühle constant vorfanden, insofern es sich um frische Krankheitsfälle handelte. Von nun ab war der Weg der Forschung fest vorgezeichnet, und man kam Schritt für Schritt dem Ziele näher.

Um sich über diesen neuen Befund genauer zu informiren, musste der Entdecker dazu übergehen, die Bacterie ausserhalb des menschlichen Körpers zu züchten. Schon die ersten Versuche gingen glatt von statten. Eine Oberflächenaussaat, die mit dem Platinpinsel auf Gelatineplatten angelegt wurde, zeigte, dass die neue Bacterie auf einem allgemein gebräuchlichen Nährboden zur Entwicklung gelangte, wie sich auch andere Nährböden als brauchbar erwiesen. Das Wachsthum konnte demgemäss auch bei Zimmertemperatur beobachtet werden. Die Colonien waren zart, weinblattähnlich, etwa denen des Typhuserregers ähnlich, und verflüssigten die Gelatine nicht. Jeder, der sich mit der bacteriologischen Untersuchung von Koth beschäftigt hat, weiss, dass die Abkömmlinge der grossen Coligruppe die häufigsten Störenfriede der Arbeit sind. Auch hier galt es nun in erster Linie, dieselben auszuschalten. Die zu dem Zwecke angestellten Gährungsproben zeigten, dass die neu isolirte Bacterie sich indifferent den Zuckerarten gegenüber verhielt, während bekanntlich die Colibacillen zuckerhaltige Nährböden mehr oder minder schnell und intensiv vergähren unter Bildung von Gasen. Die Bacterie unterschied sich also wesentlich von den Bacillen der Coligruppe.

Mit diesen Kenntnissen ausgerüstet, ging man dazu über, die Pathogenese des Mikroorganismus festzustellen. Der Thierversuch, der vor Allem hier in Betracht kam, erwies sich dabei leider, wie bei manchen anderen für den Menschen pathogenen Bacterien als unzureichend. Besonders hat sich der Entdecker der Katzen bedient, denen man bei früheren Versuchen von vielen Seiten eine gewisse Empfänglichkeit für die in Frage kommende Infection zugesprochen hatte. Bei einer grösseren Anzahl von Impfversuchen zeigten diese Thiere jedoch keinerlei Störung ihres Wohlbefindens. Infectiöses Material, welches direct in den Darm gebracht wurde, ergab ebensowenig ein Resultat. Den gleichen Misserfolg hatte man bei Affen zu verzeichnen, die sich für Typhus empfänglich gezeigt hatten.

In dieser Beziehung ist also in der Versuchsreihe eine Lücke zu verzeichnen, die sich wohl nur ausfüllen lässt, wenn sich die Möglichkeit des Experimentes am Menschen bietet, allerdings ein Verfahren, das, sollte sich selbst ein Object freiwillig bieten, der Ueberlegung bedarf, wenn auch unter geeigneten Maassregeln der Bösartigkeit des Verlaufes der Infection entgegengearbeitet werden kann.

Dafür, dass das Thierexperiment im Stiche liess, gelang eine andere Beweisführung, dass der in Frage kommende Bacillus thatsächlich die ihm zugeschriebene Eigenschaft besitzt. Das unter dem Namen Wida l'sche Reaction bekannte diagnostische Verfahren führte zu positiven Ergebnissen. Brachte man die Bacillen mit dem Blute von an Dysenterie erkrankten Personen in Berührung, so agglutinirten sie sich. Auf diesen positiven Ausfall der Reaction legt der Vortragende ein grosses Gewicht und bemerkt dabei, dass ähnlich wie beim Typhus, das Blut von Personen herrühren muss, die schon seit einiger Zeit von der Infection heimgesucht wurden.

Nunmehr werden Fragen aus der pathologischen Anatomie erörtert. Zunächst zeige sich ein frappanter Unterschied zwischen den Darmgeschwüren der orientalischen und einheimischen Ruhr. Bei der Dysenterie des Orients beschränkt sich der pathologische Process keineswegs auf die oberflächlichen Partien. Sehr bald gingen die Geschwürsbildungen in die Tiefe, zerstören die Schleimhaut, greifen auch nach der Peripherie zu weiter um sich. Dies Bild einer schweren Darmaffection gäbe die einheimische Erkrankung im Allgemeinen nicht. Der Redner unterscheidet bei der Dysenterie unserer Landstriche zwei Stadien, welche sich in ihrem Anblick wesentlich verschieden von einander repräsentiren. In dem Frühstadium findet sich ein flaches Geschwür vor, welches

nur ganz oberflächliche Schleimhautpartien betrifft und auch die Tendenz hat, sich oberflächlich auszubreiten. Charakteristisch sei ein eigenthümlicher, diphtheritischer (im pathologisch-anatomischen Sinne) Belag, der dem Geschwürsgrunde etwas zäh aufliegt. Allmählich geht diese Auflagerung verloren und damit wird im Spätstadium der Krankheit das Bild total verändert. Das Geschwür verliert jedes specifische Merkmal, ist mehr oder minder ausgedehnt, mit Blut, Eiter oder eitrigem Schleim bedeckt. Der Vortragende führt dies darauf zurück, dass im späteren Verlauf eine Mischinfection zu Stande kommt, wie das eine bacteriologische Untersuchung des Geschwürs, die neben anderen Darmbacterien auch die bekannten Eitererreger constatirt, ergibt, und wie das wegen der Berührung mit den Kothmassen auch nichts Auffallendes an sich hat.

Bei diesen zur Section kommenden Fällen wurden stets Versuche angestellt, die für die Erkrankung specifische Bacterie aus der Leiche zu züchten. Der Erfolg war stets ein negativer, trotzdem man Proben aus den verschiedensten Organen entnahm und häufig sehr bald post mortem die Obduction gemacht wurde. Es hatte fast den Anschein, als sollte auch dieses wichtige Glied an der Beweiskette fehlen. Bei einem Falle jedoch, bei dem im Frühstadium die Autopsie vorgenommen werden konnte, ergab sich der erwünschte Befund. Hier liessen sich in den vorher beschriebenen Ulcera mit dem eigenartigen Belag die Bacillen ohne Schwierigkeit auffinden, wenn man die Membran abhob und Proben von dem Geschwürsgrund entnahm. Der Vorgang ist vielleicht so zu erklären, dass durch die später stattfindende Mischinfection die specifischen Bacillen verdrängt oder doch nur sehr schwer aufgefunden werden können. Somit fielen die Versuche auch nach dieser Seite hin beweiskräftig aus.

Der Vortragende resumirte, dass bei alledem wohl kaum ein Zweifel vorliegen dürfe, den echten Erreger der hier zu Lande als Dysenterie bezeichneten Infectionskrankheit vor sich zu haben. Allerdings müsse mit der Zeit die Bestätigung dessen mit der Häufung des Materials noch abgewartet werden, und desshalb sei es hier am Platze, die Bitte auszusprechen, dass sich weitere Kreise mit der Durchforschung der neuen Thatsache auf dem aetiologischen Gebiete dieser Infectionskrankheit vertraut machen mögen.

Von den gemeinschaftlichen Sitzungen einzelner Abtheilungen der medicinischen Hauptgruppe ist diejenige vom 21. September erwähnenswerth, da ein Gegenstand von allgemeinem Interesse zur Verhandlung kam: **Die Ertheilung ärztlicher Gutachten über neu erfundene Arzneimittel vom medicinischen, pharmakologischen, chemischen und juristischen Standpunkte aus.** Gegenwärtig, wo die medicinische Wissenschaft durch die Anpreisung von Curpfuschern, die unter den Namen von „Magnetopathen", „Naturheilkundigen" das Publicum ausbeuten, in Missachtung gebracht wird, ist es besonders geboten, bei der Ertheilung wissenschaftlicher Gutachten über neue Arzneimittel vorsichtig zu sein. Ueber die obige Frage sprach zunächst als Referent Dr. med. **W. His** jun.-Leipzig. Er wies darauf hin, dass zur öffentlichen Empfehlung neuer Arzneimittel Versuche an Kaninchen und Hunden durchaus nicht ausreichten, sondern das volle Rüstzeug der pharmazeutischen Methode verlangt werden müsse. Andererseits sei aber die Zahl der in den Handel gebrachten Heilmittel so gross, dass die Laboratorien nicht ausreichen würden, um sie sämmtlich zu untersuchen. Die Tausende von ärztlichen Gutachten seien im Grossen und Ganzen des ärztlichen Standes nicht würdig, auch würden von den Fabriken nur die günstig lautenden Atteste veröffentlicht, abfällige Beurtheilungen und Erfahrungen aber verheimlicht; endlich macht sich auch die medicinische Presse in dieser Angelegenheit nicht selten einer unwürdigen Haltung schuldig.

Der Redner schlug schliesslich der Versammlung folgende Sätze zur Annahme vor: A. Die Regelung der Beziehungen zwischen Industrie, pharmakologischen Instituten und ärztlichen Gutachten durch ein zu gründendes Centralinstitut ist wünschenswerth. B. 1. Die Abgabe ärztlicher Atteste und Gutachten direct an die Industriellen darf nur zu deren persönlicher Information, niemals aber mit dem Rechte der Publication erfolgen. 2. Die Empfehlung neuer Heil- und Nährpräparate durch Aerzte in der Laienpresse ist unzulässig. 3. Bei der Begutachtung neuer Mittel ist grössere Zurückhaltung dringend zu wünschen. Die Veröffentlichung ist ausschliesslich in der medicinischen Fachpresse zulässig. 4. Die Veröffentlichungen in der medicinischen Presse sind, soweit gesetzlich möglich, gegen Nachdruck zu Reclamezwecken zu schützen. 5. Die Forderung und Annahme von Honorar für ärztliche Atteste, Gutachten und Publicationen über neue Mittel ist unzulässig. 6. Aerzte, deren Erfindungen durch Industrielle ausgebeutet werden, sind für die Form der Reclame verantwortlich.

Dr. Eichengrün-Elberfeld, der das Thema vom chemischen Standpunkte behandelte, stimmte insofern mit dem Vorredner überein, als er eine genaue ärztliche Untersuchung neuer auf den Markt gebrachter Präparate verlangte, im Uebrigen aber dafür eintrat, dass der Staat der auf eine gewaltige Höhe gestiegenen chemischen Industrie Deutschlands keine ungerechte Einschränkung auferlege. Landrichter Th. Kaiser-Aachen behandelte die Frage vom juristischen Standpunkte; noch weiter als die von ihm aufgestellten Grundsätze ging Prof. Dr. Kobert-Rostock mit einer Reihe von Thesen. Den Vorträgen folgte noch eine lebhafte Verhandlung, in der u. a. Geheimrath Prof. Dr. Eulenburg-Berlin für die medicinische Fachpresse eintrat und zum Schluss die Thesen des Dr. His angenommen wurden.

K.

Section für innere Medicin und Pharmakologie.

Referent: Thoma-Aachen.

Herr **Brauer**-Heidelberg: **Ueber pathologische Veränderungen der Galle.**

Br. hat Versuche angestellt über secretorische Abnormitäten der Galle, welche Rückschlüsse auf eine krankhafte Thätigkeit der Leber ermöglichen.

Die in früheren Jahren gemachten, meist bei Autopsien erzielten Beobachtungen hatten brauchbare Resultate desshalb nicht ergeben, weil es sich theils um postmortale Veränderungen handelte, theils weil eine einmalige Untersuchung des schon unter normalen Verhältnissen in seiner Zusammensetzung schwankenden Excretes naturgemäss eine unzulängliche war.

Die neuere Zeit, mit ihrer gesteigerten Operationsfrequenz der Gallenblasenoperationen ist der Untersuchung der normalen und kranken Galle günstiger, das Thierexperiment ergänzt in exacterer Weise diese Beobachtungen. Nach einem kurzen Rückblick auf frühere Untersuchungen Naunyn's, der nach der Piquure eine Abnahme der Galle und ein Auftreten von Zucker in derselben nachwies, sowie auf die Arbeiten Stadelmann's und seiner Schüler über die bei haematogenem Ikterus sich zeigenden pathologischen Veränderungen der Galle erwähnt der Vortragende den Einfluss der Gallensäure auf die Production der Galle. Es ist nach B. ein constanter Befund, dass nach längerem Bestehen der Gallenfistel die Production der Gallenmenge und der Gallensäuren auf eine bestimmte Grenze absinkt. Um ein Gallensäuregleichgewicht zu erzielen, muss die Säuremenge, die durch die Fistel verloren geht, per os ersetzt werden. Denn die Leber bedarf anscheinend der Zufuhr einer bestimmten Gallensäuremenge zur Production einer normalen Galle. Die Wichtigkeit der Gallensäuren für die äussere Drüsenthätigkeit legt einen analogen Schluss für die innere Thätigkeit der Leber nahe und erklärt vielleicht die progressiven Ernährungsstörungen der Gallenfistelthiere. Es erhellt aus diesen Thatsachen die Wichtigkeit der quantitativen Untersuchung der Galle bezüglich einer genaueren Erforschung der Leberfunction. B. machte eine Reihe von Versuchen, um die pathologische Zusammensetzung der Galle unter pathologischen Verhältnissen zu studiren. Unter normalen Verhältnissen wurde Zucker nie aufgefunden. Bei alimentärer Glykosurie mit 4 proc. Harnzucker war Zucker nicht nachweisbar. Phloridzindiabetes hatte trotz 7 proc. Glykosurie keine Glykocholie zur Folge. Dagegen zeigte sich bei einem Hunde mit Pankreasdiabetes am vierten Tage bei 5,6 proc. Glykosurie 1,2 Proc. Zucker in der Galle, bei einem anderen Hunde mit 3,6 Proc. Harnzucker 0,8 Proc. Zucker in der Gallenblase. Ob der bei der Piquure und bei Pankreasdiabetes auftretende Zucker einer Hyperglykaemie sein Entstehen verdankt, ob Blutdruckveränderungen in der Leber oder die relativ schnelle Umwandlung des Glykogens die Glykocholie hervorruft, lässt B. unentschieden. Interessante Resultate ergaben die Untersuchungen an einem mit Aethyl und Amylalkohol vergifteten Hunde. Es liessen sich nach schwerem Rausche im zweiten Destillate Aethylalkohol sowie Amylalkohol stets deutlich nachweisen. Zucker war dabei ein-

mal spurweise vorhanden. Wichtig war die mit der schweren Intoxication sich stets einstellende erhebliche Albuminocholie, schwächer bei Aethylalkohol, stärker bei Amylalkohol auftretend. Nach 3 Tagen war die Galle wieder wie vor dem Versuche eiweissfrei. Mikroskopisch zeigte die Galle Cylinderepithelschläuche, einmal in dichotomischer Anordnung. Nach Jodkalizusatz feine, oft spiralige Cylindroide, homogen, doppelt conturirt, 2—4 mal so lang, als eines der häufiger beobachteten Cylinderepithelien. Ferner eine grössere Anzahl den Leberzellen durchaus ähnliche Zellen. Diese Beobachtungen, die nur als der Ausdruck von Leberparenchymveränderungen gedeutet werden können, sind geeignet, Licht zu werfen auf die bei der Alkoholintoxication so oft beobachteten diffusen Lebererkrankungen. Sie bestätigen die Lehre Aufrecht's, dass bei der Lebercirrhose die Veränderungen des Parenchyms das Primäre des Vorganges seien.

Herr **J. F. Heymans**-Gent: **Ueber Entgiftung.**

Die Frage der Entgiftung des Organismus hat in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Alle sogen. Antidota sind neutralisirende Mittel, die den noch nicht zur Wirkung gekommenen Theil des Giftes durch Bindung, Fällung, Umhüllung etc. unschädlich machen. Ob sie im Stande sind, den in den Zellen des Organismus schon wirkenden Giftmolekeln ihre schädigende Wirkung zu nehmen, ohne den Zelltod herbeizuführen, ist fraglich. Die locale Wirkung des Giftes, wie beispielsweise die Kauterisation der Schleimhaut durch Argent. nitr., die Aetzung der Haut durch Mineralsäuren wird nicht aufgehoben, wenn man ersteres durch Chlornatrium, letztere durch Alkalien unwirksam macht. Eisenoxydhydrat gegen Arsenik, Gerbsäure gegen Alkaloide und Glykoside, Kaliumpermanganat gegen Morphium lässt im Stiche, wenn die Zellen das Gift schon resorbirt haben. Anders verhält es sich mit den Antitoxinen. Das mit Antitoxin immunisirte Thier wird durch Toxin nicht mehr vergiftet; es scheint, dass das Toxin auf dem Wege zu den Gewebszellen direct gebunden wird.

Cyankali wird in vitro durch basische Schwefelverbindungen, z. B. durch Natriumhyposulfit in Sulfocyan umgewandelt und Sulfocyan ist bei Kaninchen 100 mal weniger giftig wie CN. Der mit Natriumhyposulfit gesättigte Organismus verträgt eine tödtliche Dosis CN ohne zu erkranken. Es wird freies CN durch das im Blute kreisende Natrium hyposulphit zu CNS gebunden. Die Mercaptane und die schweren Metallverbindungen wirken den Cyanverbindungen gegenüber in gleicher Weise, ebenso die basischen Alkaliverbindungen den methaemoglobinbildenden Giften gegenüber, wie Anilin, chlorsaures Kali, Antifebrin.

Herr **Dreser**-Elberfeld: **Ueber die Bilanz zwischen Athemleistung und Athembedürfniss.**

Das in der Minute exspirirte Luftvolum ist wegen der in der Nase, Rachen, Trachea und in den Bronchien befindlichen Luft kein richtiger Maassstab für die Athemgrösse. Die Berechnung des Ventilationscoefficienten im Sinne Grehant's eignet sich für pharmakologische Untersuchungen nicht und stellt D. die Kenntniss des einzelnen Athemzuges im Gegensatz zur Athemgrösse als Postulat für eine exacte und nutzbringende Untersuchung hin.

Nach einer Bilanzberechnung zwischen CO_2-Production und Ausscheidung bei der normalen Athmung werden für verschieden grosse Athemzüge und dieselbe CO_2-Production die Bilanzbedingungen berechnet unter der Bedingung einer nach Entfernung der Trachealluft gleichmässigen Mischung. Die Athemgrösse schwankt, wenn dieselbe CO_2-Ausscheidung mittels Athemzügen zu 350 bezw. 1000 ccm erfolgen soll, zwischen 11033 ccm zu 7417 ccm. Rechnung und Analyse der in einzelnen Portionen von 200 ccm zerlegten Athemzüge ergeben sehr verschiedene Werthe der einzelnen Athemzüge. Bei nicht merkbar vermindertem O-Gehalte enthielt die Trachealluft nur 0,2 Proc. CO_2. Die nachfolgende Portion zeigt oft einen respiratorischen Quotienten über 1, in den weiteren sank er unter 1 bis zu 0,67. Jede spätere Portion ist CO_2-reicher, O-ärmer als die vorhergehende, wobei der O-Gehalt schneller abnimmt als die CO_2-Zunahme. In den tiefen Theilen der Lungenalveolen ist der O-Gehalt nur Luft von ½ Atmosphärendruck gleich. Es folgt daraus, dass eine energische Exspiration für die Lungenlufterneuerung mehr leistet, als die tiefe Inspiration. Die Nutzanwendung für pathologische Zustände mit drohender Verschlechterung der Lungenluft liegt auf der Hand. Kräftige Exspirationsbewegungen werden nicht nur mechanische Hindernisse beseitigen, sondern in vortheilhafter Weise den Luftgehalt der Lungen verbessern und erneuern. Es erhellt daraus die Zweckmässigkeit der nauseosen Expectorantien, die wie die Niessmittel der älteren Medicin durch unfreiwillig starke Exspirationen, welche mit rudimentären Würgbewegungen verbunden sind, das Secret entfernen und die Lungenluft erneuern können. Eingeschränkt wird das Athembedürfniss und zugleich die Athemleistung durch pharmakologische Agentien, wie Morphin, Heroin, die eine grössere Muskelruhe bewirken.

Johannson fand bei grossmöglichster Ruhe gegenüber Ruhe in gewöhnlichem Sinne ein Sinken der CO_2-Ausscheidung auf 70 Proc. Kommt eine Vertiefung des einzelnen Athemzuges z. B. auf das Doppelte zu der allgemeinen sedirenden Wirkung hinzu, so brauchen rechnungsgemäss unter Berücksichtigung des höheren CO_2-Gehaltes der ausgiebigeren Exspiration statt 18 Athemzüge zu 500 nur 4,5 zu 1000 ccm pro Minute gemacht zu werden. Die Abnahme der Frequenz auf ¼ der Norm und die Annahme der Athemgrösse auf die Hälfte erfüllt demnach ohne Beeinträchtigung der Ventilation jedenfalls die Indication der Lungenschonung.

Herr **A. Eulenburg**-Berlin: **Ueber gonorrhoische Nervenerkrankungen.**

Dass mit der Entdeckung des Gonococcus eine ganze Reihe von Körperorganen als der Infection durch diesen Krankheitserreger zugänglich sich erwies, ist bekannt. Arthritis, Endocarditis, Pelveoperitonitis, allgemeine Neurosen, Neurasthenie, Hysterie, gonorrhoische Choreaformen, Sterilität, Impotenz (nach Fürbringer 51 Proc. aller Fälle) sind die wechselvollen Formen der Gonococceninfection.

Seltener beschrieben sind die localen Nervenerkrankungen gonorrhoischer Basis. E. beobachtete besonders 3 Formen derselben: 1. Neuralgien, 2. atrophische Muskelatrophien bezw. atrophische Lähmungen, 3. gonorrhoische Myelitis.

Vortragender berichtet über 14 Fälle von Neuralgien, 4 Fälle von Muskelatrophien bezw. Lähmungen und über 1 Fall von myelitischer Erkrankung. Die Neuralgien betrafen vorwiegend den N. ischiadicus, ferner den tibialis, radialis, ulnaris. Bei den Ischiasfällen waren benachbarte Nerven, wie Femoralis, Obturatorius, Genito-inguinalis etc. häufiger mitbetheiligt. Alle Kranken waren jugendlichen Alters. Der Beginn der Neuralgien fiel in die Zeit vom 2.—7. Monat nach der Infection, manchmal traten sie auf nach jahrelangem Bestehen der Gonorrhoe. Die Muskelatrophien meist mit periarticulärem Sitze in der Nähe der von Arthritis befallenen Gelenke können solchen Umfang annehmen, dass ohne die Kenntniss des aetiologischen Momentes in einem spec. Falle an juvenile progressive Atrophie hätte gedacht werden können. Ein Fall von Myelitis gonorrhoica mit Endocarditis, Arthritis zeigte der Tabes ähnliche Symptome: Fehlen der Patellarreflexe, heftige Schmerzen in den unteren Extremitäten etc. Patient wurde nach 3 jähriger Cur geheilt. Die Diagnose stützt sich auf den Gonococcenbefund oder im Falle des Fehlens derselben auf die Symptome einer vorhergegangenen Gonorrhoe, auf das Vorhandensein gonorrhoischer Endocarditis, ferner auf gewisse symptomatische Eigenthümlichkeiten, wie das jugendliche Alter, die häufige Miterkrankung der den kranken Nerven benachbarten Nerven, die Atrophie der Muskeln in der Nähe der gonorrhoisch erkrankten Gelenke.

Die Therapie ist die gebräuchliche elektrische, hydrotherapeutische etc. E. erwähnt die zuweilen günstigen Erfolge mit Jodipin.

Herr **A. Guttenberg**-Würzburg: **Ueber perineuritische Erkrankungen des Plexus sacralis und deren Behandlung.**

Die vom Plexus sacral. auf die aus demselben entspringenden Nervenstämme und deren Verzweigungen ausstrahlenden Schmerzen, sowie die im weiteren Verlaufe auftretenden Motilitätsstörungen führen leicht zu Verwechslungen mit Neuralgien, Hysterie, Coxalgie. Unter Berücksichtigung früherer, von H. Rose (Centralbl. f. Gyn. 1899, No. 47) beschriebener Fälle von Coccygodynie, bei welchen er an den Foram. sacral. oedematöse druckempfindliche Schwellungen nachwies und durch Massage heilte, kommt G. auf seine Kranken zu sprechen, bei denen er längs und auf verschiedenen Kreuzbeinnerven solitäre und strangförmige rosenkranzartige Verdickungen fand, welche zu Symptomen führten, die bisher zur Hysterie gerechnete Erscheinungen erklären. Die Kranken standen im Alter von 22 bis 61 Jahren. Die Grösse der Prominenzen schwankt von Erbsen- bis Bohnengrösse; Consistenz etwas derb. G. glaubt, dass es sich

um exsudative Processe handle. Die jahrelangen Beschwerden bestanden in Druck und ziehenden Schmerzen im Kreuz und Rücken, dessgleichen nach vorne gegen die Symphyse hin, ausstrahlenden Schmerzen in Hüfte, Oberschenkel bis zum Knie, zuweilen bis zur Planta pedis. Im weiteren Verlaufe heftige Schmerzen in den Musc. rot. femor., Zittern, später Motilitätsstörungen in den betheiligten Extremitäten. Bei den meisten Kranken jahrelange Bettlage aus Furcht vor Bewegungen, Inactivitätsatrophie. Die Kranken werden nervös, anaemisch, machen den Eindruck der Hysterie, zuweilen von psychisch Erkrankten. Die Diagnose stützt sich auf den palpatorischen Befund der in Rücken-, Seiten-, Knieellenbogenlage oder im Stehen zu erheben ist. Die Prognose ist bei geeigneter Therapie, die in localer Massage, passiver Bewegung, Bädern, Gymnastik besteht, im Allgemeinen günstig.

Herr **Th. Rumpf**-Hamburg: **Eiweissumsatz und Zuckerausscheidung.**

Rumpf ist mit seinen Schülern Grunow, Hartogh und Schumm erneut der Frage näher getreten, ob beim Phlorhidzin-Diabetes eine Bildung von Zucker aus Fett wahrscheinlich ist. Bekanntlich hat Minkowsky gefunden, dass beim Pankreas-Diabetes und reiner Fleischnahrung die Menge des ausgeschiedenen Zuckers zum Stickstoff sich etwa wie 2,8:1 verhält. Mancherlei theoretische Erwägungen lassen es allerdings möglich erscheinen, dass aus 100 g Eiweiss etwa 113 g Dextrose entstehen können, so dass auf 1 g Stickstoff im Harn etwa 6—7 g Dextrose kommen. Indessen wird diese Anschauung von Kossel nicht getheilt, so dass Müller und Seemann zu der Erklärung des Auftretens grösserer Zuckermengen sich der hypothetischen Anschauung zuwenden, dass der Zucker, welcher sich beim Diabetes aus Eiweiss bildet, nicht als solcher präformirt im Eiweissmolecül vorgebildet ist, sondern sich nachträglich bildet. Immerhin hat sich bei Phlorhidzinversuchen bis jetzt höchstens ein Verhalten des Harnstickstoffs zum Zucker wie 1:4 ergeben.

In den Versuchen, über welche der Vortragende berichtet, wurden grosse Hunde, bis zu 120 Pfund schwer, reichlich mit Fett und geringen Mengen Eiweiss ernährt. Nachdem eine 10 bis 14tägige Vorperiode mit gleicher Ernährung und entsprechend angestrengter Körperbewegung zur möglichsten Verbrennung des Glykogens vorangegangen war, wurde unter langsamer Steigerung der Dosis mit der Phlorhidzineinfuhr begonnen. Auf diese Weise gelang es, einen 120 Pfund schweren Hund 24 Tage am Leben zu erhalten. Dabei stieg das Verhältniss des Zuckers zu N in der zweiten Periode auf 4,4:1; gleichzeitig stieg aber auch die tägliche Stickstoffausscheidung von 6,82 auf 20,94 g. In der dritten Periode ging trotz der Steigerung der Phlorhidzindosis die Stickstoff- und Zuckerausscheidung zurück. An Stelle von 20 g N finden sich nur 9 g und an Stelle von 92 g Zucker nur 58 g. Aber der Harnstickstoff verhielt sich zum Harnzucker wie 1:6,1. In der vierten Periode stellt sich der ausgeschiedene Zucker zum Harnstickstoff wie 8,9:1 und in der fünften Periode fiel er wieder auf 4,4:1, ein Verhältniss, welches sich möglicher Weise durch Beimengung von Eiter zum Urin erklärt. An einem Tage der vierten Periode stellte sich der Stickstoff zum Zucker sogar wie 1:12,2.

Da bei dem Hund keine Nephritis bestand, welche die Zurückhaltung von Stickstoff erklären könnte, so ist also hier ein Verhältniss von Stickstoff zum Zucker erreicht, welches die Entstehung des Zuckers aus dem Eiweissmolecül vollständig auszuschliessen scheint.

In einem weiteren Versuch wurde ausser dem Stickstoff und Zucker die Phosphor- und Schwefelsäureausscheidung bestimmt. Dabei zeigte sich, dass mit dem Steigen der Stickstoffausscheidung keineswegs eine entsprechende Steigerung der Phosphorsäure einherging, so dass der Vortr. die Anschauung von Blumenthal nicht bestätigen kann, nach welcher beim Diabetes ein besonders phosphorreiches Eiweiss zerfällt.

Rumpf ist der Meinung, dass sowohl beim Diabetes des Menschen als beim Phlorhidzin-Diabetes zunächst das Eiweiss für die Zuckerbildung in Anspruch genommen wird. Sobald aber der Körper gezwungen ist, mit seinem Eiweiss sparsam umzugehen, müssen bei kohlehydratfreier Kost andere Quellen für die Zuckerbildung herangezogen werden. Diese Quelle glaubt der Vortragende einstweilen in dem Fett sehen zu müssen.

Herr **M. Gockel**-Aachen: **Ueber Erfolge mit Pankreon** (einem neuen Pankreaspräparat).

Pankreon ist aus dem Pankreatin durch Tanninbehandlung gewonnen. Dasselbe hat nach G. die Fähigkeit, der peptischen Kraft des Magensaftes 5 Stunden lang zu widerstehen. Das geruch- und geschmacklose Pulver verdaut in einer Dosis von 1 g in schwach alkalischer Lösung bei 40° C. in 15 Minuten von 100 g Eiweiss 83 Proc. und hat hervorragende diastatische und fettspaltende Wirkung. Es wird verabreicht in Dosen von 0,3 bis 0,5 g bei HCl-haltigem Magensaft, am besten ½ Stunde vor dem Essen, mit 100 ccm Wasser, bei fehlender HCl während oder nach der Mahlzeit. Vortragender hat das Präparat angewandt bei 6 chronischen Diarrhoen mit symptomloser Achylia gastr., bezw. Gastritis atrophicans, 1 Achylia gastr. mit Magenbeschwerden und Diarrhoen, bei 6 Achyl. gastr. ohne Darmstörungen, 4 Magen- und 2 Oesophaguscarcinomen, ferner bei 1 Diabetes (ohne Erfolg) und in 13 Fällen von chronischen nervösen Diarrhoen, nervösen Dyspepsien und bei einem Kinde mit Darmkatarrh. In allen Fällen war der günstige Einfluss auf die Diarrhoen, die Besserung des Allgemeinbefindens, des Kräftezustandes, die Appetitsteigerung und die Gewichtssteigerung unverkennbar; letztere betrug z. B. bei 3 Carcinomfällen 8½, 9 und 10 Pfund.

Das Präparat ist von grosser Wichtigkeit bei Stoffwechsel- und Verdauungsstörungen, besonders bei Diarrhoen der Kinder und der durch Darmaffectionen bedingten Atrophie derselben. Letzteres hat schon Ewald von der Pankreastherapie vorausgesagt.

Herr **R. Lenzmann**-Duisburg: **Ueber Appendicitis larvata.**

Den von Ewald mit dem Namen Appendicitis larvata bezeichneten Krankheitsbildern ,welche dadurch charakterisirt sind, dass Unterleibsbeschwerden mehr allgemeiner Art, wie ab und zu auftretender dumpfer Schmerz in der Magengegend und um den Nabel herum, Erbrechen, Diarrhoen, die Aufmerksamkeit von dem Locus morbi, welcher weder spontan, noch auf Druck schmerzhaft ist, abzulenken im Stande sind, fügt Vortragender einige weitere Fälle hinzu, in welchen die Palpation der nicht schmerzhaften Appendix die Diagnose klärte. Die von L. ausgeführten Operationen bestätigten die Diagnose und zeigten die gewonnenen und vorgezeigten Präparate die charakteristischen Veränderungen der Appendicitis, nämlich die Infiltration der ganzen Wand, die Ulcera der Mucosa, die Verwachsungen der äusseren Wand. Eine Erklärung für die in die Ferne projicirten Schmerzen gibt vielleicht die Anastomose des Plex. mesent. inferior mit dem Plex. solaris bezw. den Nerv. gastricis.

In der Discussion erinnert Herr Müller-Aachen an die consecutive Lymphangitis, die zuweilen bis zu den Rippen ansteige und die eine Erklärung für die entfernten schmerzhaften Sensationen abgeben könnte. Er will die Bezeichnung Appendicitis larvata nur für diejenigen Fälle gelten lassen, bei denen auch palpatorisch keine Veränderung des Processus sich auffinden liesse.

Herr Klinkenberg-Aachen berichtet über einen Fall von Verwachsung des Processus mit der unteren Leberfläche, welche die Fernwirkung erklärte,

Herr Wesener-Aachen über einen solchen, der unter den Erscheinungen einer Nephrolithiasis sich abspielte und in welchem Verwachsungen mit der Umgebung des Ureters diesen Symptomencomplex vortäuschten.

Herr **E. Rothschuh**-Managua (Nicaragua): **Die Syphilis in Nicaragua.**

Die Schlussfolgerungen seiner Beobachtung über Syphilis in Nicaragua resumirt Vortragender folgendermaassen:

1. Die Syphilis verläuft in Nicaragua kürzer und milder.
2. Der Primäraffect ist vom Ulcus molle meist nicht zu unterscheiden.
3. Die secundären Erscheinungen zeigen ähnliche Formen wie bei uns, aber abgeschwächt; mehr hervortretend sind Drüsen- und Gelenkaffectionen.
4. Tertiäre Symptome sind selten, namentlich fehlen die schweren Erscheinungen des Centralnervensystems.
5. Spuren von hereditärer Syphilis finden sich sehr häufig, schwerere Formen sind selten.
6. Die Ursache für den milden Verlauf ist in der Durchseuchung der Bevölkerung zu suchen, zum geringeren Theile vielleicht in dem trockenen, heissen Klima.

Herr **Gilbert**-Baden-Baden demonstrirt die **Frey'sche Heissluftdouche.**

Section für innere Medicin und Pharmakologie, gemeinschaftlich mit **Section für Neurologie.**

Vorsitzender: Herr Eulenburg-Berlin,
später Herr v. Leube-Würzburg.

Herr **M. Dinkler**-Aachen: **Ueber cerebrale Kinderlähmung mit Demonstrationen.**

Dinkler bespricht das Krankheitsbild der im Kindesalter vorkommenden entzündlichen Processe im Grosshirn an der Hand von 4 neuen Beobachtungen. Demonstrirt wird ein Fall von rechtsseitiger posthemiplegischer Athetose (nach Diphtherie, Encephalitis mit Hemiplegie, später Athetose), der durch Sehnenumpflanzung behandelt werden soll. Im Anschlusse daran wird das Gehirnpräparat eines im späteren Alter zur Autopsie gelangten Falles von cerebraler Kinderlähmung gezeigt, in welchem als Krankheitsherd eine grosse Cyste aufgedeckt wurde. Die Veränderungen des Gehirns bezw. der Grosshirnrinde wurden durch eine Reihe instructiver mikrophotographischer Photographien erläutert.

Herr **A. Eulenburg**-Berlin: **Ueber Arsonvalisation (Anwendung hochgespannter Wechselströme zu therapeutischen Zwecken).**

Die Anwendung hochgespannter Wechselströme ist von dem Physiologen d'Arsonval und seinen Schülern in eingehender Weise studirt und ausgebaut worden, wesshalb die Bezeichnung dieses elektrotherapeutischen Verfahrens nach seinem Namen gerechtfertigt erscheint. Von d'Arsonval wurde bei der Verwendung der nach Millionen in der Minute sich beziffernden Wechselzahlen die Thatsache gefunden, dass von einer gewissen Anzahl der Unterbrechungen ab die Wirkung auf das Nervensystem keine entsprechende Steigerung aufweise, sondern eher eine Abnahme erkennen lasse, die schliesslich sogar ein Aufhören derselben im Gefolge habe. Als Grund hierfür glaubt d'Arsonval annehmen zu müssen, dass die menschlichen Bewegungs- und Empfindungsnerven ebenso auf bestimmte Schwingungszahlen elektrischer Erregungen eingestellt seien, wie dies von den Gesichts- und Gehörnerven bekannt sei, die auf Licht und Schallwellen von bestimmter Wellenlänge und Schwingungszahl in specifischer Weise reagirten. In physiologischer Beziehung zeigt die allgemeine Arsonvalisation nach anfänglicher Abnahme des Blutdrucks eine schnelle Steigerung desselben. Nach Aufhören der Stromanwendung steigt der Blutdruck noch etwas, um dann langsam zu sinken. Bei Thieren sieht man bei localer Anwendung Erweiterung der Gefässe. Der Vermehrung und Vertiefung der Athemzüge entspricht eine kräftige Anregung und Steigerung der Oxydationsvorgänge, vermehrter O-Verbrauch und CO_2-Ausscheidung. Diurese und Harnstoffmenge wird gesteigert, ebenfalls Wärmeproduction und -Abgabe. Bei localer Anwendung zeigt sich ein subjectives starkes Wärmegefühl auf der Haut. Die Sensibilitätsprüfung ergibt eine Abnahme des Hautgefühls für Berührung und Schmerz, sowie für Temperatureindrücke in der Form von Kältereizen. Pathogene Bacterien sollen nach d'Arsonval u. A. abgeschwächt und abgetödtet werden, Toxine sogar in immunisirende Substanzen umgewandelt werden. Die analgesirende Wirkung hat zur Anwendung des Verfahrens bei den verschiedensten Neuralgien, Ischias etc. geführt. Beinahe specifisch soll die Wirkung sein auf die mit Jucken verbundenen Dermatosen und Dermatoneurosen, wie Pruritus verschiedenster Provenienz, Herpes, Ekzem, Erythema multiforme u. a., wobei die trophoneurotische, analgesirende und vielleicht auch bactericide Wirkung eine Rolle spielen dürfte. Französische Autoren empfehlen mit Rücksicht auf die Stoffwechseleinwirkung die Arsonvalisation bei Diabetes, Gicht, chronischem Rheumatismus und Fettsucht.

Herr **H. Hochhaus**-Köln: **Ueber functionelle Herzerkrankungen.**

Nach H. ist eine Zunahme der Herzneurosen nicht zu verkennen. In physiologischer Beziehung nimmt den Löwenantheil in Anspruch die Neurasthenie, in zweiter Linie die Hysterie. Statistisch machen diese Erkrankungen ⅛—½ aller Fälle aus. Thee, Kaffee, Alkohol, Nicotin, Excesse in Venere, reflectorisch wirkende Magen- und Darmkrankheiten, Climacterium sind weitere aetiologische Momente. Symptomatisch lassen sich die in Reiz- und Lähmungserscheinungen sich unterscheidenden Störungen aus der Pulscurve nachweisen. Die subjectiven Symptome bestehen hauptsächlich in Organempfindungen, Druck und Spannungsgefühl; letzteres kann sich zur Angina pectoris verstärken. Die objectiven Zeichen sind vorzugsweise Arhythmie (frustane Herzcontractionen), erhöhte Pulsfrequenz, Palpitationen. Die Diagnose ist leichter bei jugendlichen Individuen als bei älteren, bei welchen andere organische Erkrankungen des Herzens mitconcurriren können. H. hat in 36 Fällen mit dem Apparate von Riva-Rocci den Blutdruck bestimmt und fand bei 20 Männern stetig Steigerung des Blutdruckes von 150—210 mm, bei 16 Frauen gleichfalls von 145—210. Psychische Aufregung steigert den Blutdruck erheblich. Diese Beobachtungen sind organischen Herzerkrankungen gegenüber, welche geringere Werthe zeigen, differentialdiagnostisch zu verwerthen. Die Röntgenuntersuchung bestätigt nach H. die schon früher von F. Müller behauptete specifische Art der Herzreaction Nervöser, nämlich die einer ausgiebigeren und schnelleren Zusammenziehung und Erschütterung des Herzens. Die Therapie hat durch psychische Beeinflussung, Hydrotherapie, diätetisches Regime, Brom, Baldrian und manchmal durch Digitalis in Centigrammdosen gute Erfolge aufzuweisen.

Herr **A. Hoffmann**-Düsseldorf: **Ueber verschiedene Formen arhythmischer Störungen.**

Vortragender gibt einen kurzen Ueberblick über die Engelmann'schen Theorien von der Automatie und der Erregungsleistung des Herzmuskels, nebst den durch Erkrankung der Musculatur oder durch Nerveneinflüsse hervorgerufenen Störungen dieser Eigenschaften. Die genaue zeitliche Ausmessung der Pulscurve ermöglicht es, Rückschlüsse auf die Ursache einer arhythmischen Störung zu machen. Die diesbezüglichen Ausführungen Engelmann's und Wenkebach's werden durch eigene Beobachtungen erweitert. Ein Fall von Adams-Stokes'scher Krankheit bei einem 22jährigen Mädchen wird besonders hervorgehoben. Der Puls, wochenlang 48 Schläge in der Minute, liess, wie die Analyse desselben ergab, regelmässig jeden 3. Schlag ausfallen, und zwar, wie die Ausmessung weiter ergab, durch Hemmung des Leitungsvermögens der Musculatur. In den Anfällen von Bewusstlosigkeit, die ursprünglich jede Woche einmal auftraten, war der Puls noch mehr verlangsamt, bis zu 15 in der Minute, und unregelmässig. Digitalis wirkte verschlimmernd; es traten häufigere Anfälle ein. Roborirende Behandlung und vor Allem Sauerstoffinhalationen brachten erhebliche Besserung. Der Puls wurde regelmässig und die Anfälle hörten auf. H. empfiehlt weitere Versuche mit O-Inhalationen bei Arhythmie durch Leitungshemmung der Herzmuskelfasern. Die weiteren Untersuchungen auf dem Gebiete der functionellen Herzkrankheiten müssen sich, schon mit Rücksicht auf die Therapie, nicht damit begnügen, überhaupt nur eine functionelle Störung festzustellen, sondern müssen die Art der Störung zu erkennen suchen. Dadurch wird die Diagnostik mehr gefördert, als durch das Suchen allgemein giltiger differentieller Symptome, die naturgemäss doch nicht in allen Fällen zutreffen können, da doch die Art der Störung sehr verschieden sein kann.

Herr **A. Hoffmann**-Düsseldorf: **Hirntumor und Hinterstrangveränderungen.**

Nach kurzem Rückblicke auf die bisher vorliegenden Rückenmarksbefunde bei Gehirntumoren gibt Vortragender die Krankengeschichte eines 52jährigen Eisenbahnarbeiters wieder, der aus voller Gesundheit heraus plötzlich eine linksseitige Hemiplegie bekam, woran sich die weiteren Symptome eines Tumors in der rechten Capsula interna anschlossen. Es bestand linksseitige völlige Lähmung und Anaesthesie. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe schwanden auf beiden Seiten. Keine Stauungspapille. Tod 5 Monate nach Eintritt der ersten Symptome. Autopsie ergab grosses Gliosarkom der rechten Hemisphaere mit Zerstörung der inneren Capseln etc. Rückenmarksbefund: Absteigende Degeneration der linken Pyramiden. Vorder- und Seitenstrang mit Marchifärbung deutlich, mit Weigertfärbung schwach angedeutet. Starke Degeneration der Hinterstränge vom Lumbalmark aufwärts. Im Halsmark nur die Goll'schen Stränge. Die Degeneration nur mit Weigertfärbung zu erkennen. Bei Marchifärbung sind die Hinterstränge entfärbt, aber nur wenig Schollen zu finden. Es erhebt sich ein Zweifel, ob nicht zwei selbständige Krankheitsbilder hier zufällig zusammentreffen oder ob es sich um ein den früheren Beobachtungen analoges Verhalten handelt. H. glaubt, letzteres annehmen zu sollen. Als Ursache der Rückenmarksveränderungen bei Hirntumoren

kann weder die mechanische, die Drucktheorie, wonach die Veränderungen in den Hintersträngen durch erhöhten Druck in der Spinalflüssigkeit zu Stande kommen sollen, noch die chemische, die Toxin- oder Kachexietheorie vollkommen befriedigen. Vortragender glaubt, dynamische Vorgänge verantwortlich machen zu müssen. Alle Theile des Centralorganes stehen in vielfachen Beziehungen zu einander, so dass man annehmen kann, dass wenn ein grosser Theil durch Zerstörung ausgeschaltet wird, gewisse trophische Einflüsse fortfallen und nun an sich weniger widerstandsfähige Theile oder solche, welche durch Mehrfunction (Edinger) am meisten zur Erkrankung neigen, degeneriren. An den Vortrag schloss sich die Demonstration der mikroskopischen Präparate an.

Herr **B. Schürmayer**-Hannover bespricht an der Hand ausführlicher Krankengeschichten und mit Berücksichtigung genauer blutanalytischer Untersuchungen die **Wirkung neuerer Eisenpräparate**, besonders der Eisenmangat, Sacharat und Peptonat Dietrich Helfenberg.

Herr **W. Weintraud**-Wiesbaden: **Ueber eine neue und einfache Technik der Bluttransfusion.**

Bluttransfusionen dürfen heutzutage nur mit Menschenblut gemacht werden. Den Bedingungen der geringen Umständlichkeit, der schnellen Ausführbarkeit, der Schmerzlosigkeit und des Schutzes vor Infectionsgefahr entspricht der von W. vorgezeigte Apparat.

Der Blutdruck in den Venen des durch eine elastische Ligatur comprimirten Oberarmes steigt nach 3—4 Minuten andauernder Compression auf 75—85 mm Hg, entsprechend einem Wasserdrucke von 1 m. Bei enger Canüle hält sich dieser Druck auch nach Entleerung von 100—150 ccm Blut und genügt zu einer directen Ueberführung in die unter minimalem Drucke stehenden Venen des erhobenen Armes eines Kranken. Das von W. in manchen Fällen erprobte Armamentarium besteht in zwei Canülen von geringer Lichtung und einem ca. 30 cm langen Gummischlauch, dessen beide Enden mit passenden Ansatzstücken versehen sind. Nachdem die eine Canüle in die Armvene des Kranken eingelegt ist, wird die andere in die strotzend gefüllte Vene des Blutspenders eingestochen, der Schlauch an dieser befestigt, und nachdem das Blut aus dem Schlauch hervorquillt, mit der Canüle des Kranken verbunden. In 6—10 Minuten fliessen nach Thierexperimenten 150—250 ccm Blut über. Wird statt des einfachen Schlauches ein T-Rohr mit einem meterlangen senkrechten Schenkel gewählt, an dessen Ende ein graduirtes Glasgefäss angebracht ist, so kann man aus diesem während der Transfusion Salzlösung in beliebiger Menge einströmen lassen. Bei der Geringfügigkeit des Eingriffes ist eine mehrmalige schnelle Wiederholung im Falle des Misslingens oder Ausbleiben des Erfolges leicht zu machen.

Section für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

Sitzung vom 17. September, Nachmittags 4 Uhr.

Vorsitzender: Geh. Rath Prof. Dr. Freund-Strassburg.

1. Herr **Freund**-Strassburg: **Ueber Complicationen der Uterusmyome, speciell über Varicosität und Nekrose.** Ein Beitrag zur Indication der Myomotomie.

Vortragender bespricht aus dem weiten Gebiet der Myomkrankheit zwei wohlumschriebene, gut diagnosticirbare Processe, deren Erkenntniss bei der Stellung der Operationsindication, der Technik derselben und Prognose von grosser Bedeutung ist.

1. Varicosität als Complication der Myomkrankheit. Es gibt eine angeborene, oft ererbte Anlage zur Varicenbildung, besonders beim Weibe, die sich vorzugsweise an den Beckenorganen und an den unteren Extremitäten zeigt. Bei Gravidität und Myombildung zu hohem Grade entwickelt, beeinflusst diese Complication die Operation selbst und ihre Prognose. Beängstigend sind die unter Umständen oft schwer zu beherrschenden Blutungen. F. erwähnt einen Fall, der unmittelbar nach der Operation an frischer Blutung zu Grunde ging, wo die Section das Gebiet der Vena hypogastrica zu wahren Bluträumen umgewandelt ergab. Zwei andere Todesfälle nach gut gelungenen Operationen sah er unter folgenden Erscheinungen: Klage der Kranken über einen schnell sich steigernden Schmerz in einer Beckenseite mit Drang zum Stuhl und Urin; dabei normale Temperatur, harter, beschleunigter Puls, nervöse Unruhe. Plötzlich unter dem Gefühl der Erleichterung mit Nachlass der Schmerzen schneller Kräfteverfall. Die in beiden Fällen schnell ausgeführte Wiedereröffnung des Bauches zeigte bedeutenden Bluterguss aus einem offenen, grossen Beckenhaematom mit Abstreifung der Ligaturen des Ligamentum latum. Die Genese der Haematome ist folgende: Die bei Anlegung der Ligaturen angestochenen Venen bluten unterhalb der Ligatur in's Bindegewebe. Bei starker Blutung und bedeutendem Druck des Thrombus drängt letzterer nach allen Seiten, auch gegen die Ligaturen und streift diese schliesslich ab mit Zerreissung der dünnen Verankerungsbrücken.

2. Die centrale Nekrose der Myome. Seit Jahren mit Myomen behaftete Personen erkranken nach und nach unter folgenden Erscheinungen: Chronischer Magen- und Darmkatarrh, Stirn- und Kopfschmerz, Nervosität, hypochondrische Verstimmung, Schwindel, Schlaflosigkeit, Abgeschlagenheit, Herzpalpitationen, Aufstossen. Sie zeigen eine blassgelbe, schmutzige Farbe, schlaffe Musculatur, schleimig belegte Zunge, Durchfall wechselnd mit Stuhlverstopfung, stark sedimentirenden Urin, kein Fieber. Die Untersuchung ergibt Arteriosklerose, schwachen Herzimpuls, Corpus uteri mit multiplen Myomen durchsetzt, druckempfindlich, keine deutlichen Zeichen von Pelveoperitonitis, vermehrten Fluor, protrahirte Blutabsonderung. Die Operation entfernt einen Uterus, der mit schlaffen Myomen durchsetzt ist, in deren Centrum sich runde nekrotische Herde von blassgelber bis braunrother Farbe finden, die im höchsten Grade der Entartung einen eigenthümlichen, an Propylamin erinnernden Geruch ausströmen. Im mikroskopischen Präparate findet man niemals Eiter, Bacterien oder Coccen. Mit der Genesung sind die Kranken von den geschilderten Symptomen schnell und dauernd geheilt. F. fasst dieses Krankheitsbild als Autointoxication auf; im letzten beobachteten Falle, in welchem vor der Operation die Diagnose auf Centralnekrose gestellt worden war, gelang im Urin der sichere Nachweis von Aceton.

Herr F. demonstrirt alsdann mehrere mikroskopische Präparate.

2. Herr **Fehling**-Halle: **Ueber Diagnose und Behandlung der Complication von Schwangerschaft und Ovarialkystom.**

Während die Diagnose für kleine Tumoren meist leicht ist, können grössere, besonders schlaffe Ovarialcysten, welche den Uterus verdecken, die Diagnose schwer, selbst unmöglich machen, indem Hydramnios und Ascites nicht immer auszuschliessen sind. Vortragender zeigt die Schwierigkeit der Diagnose an 3 Fällen, die er als besonders lehrreich aus einer Anzahl gleichartiger Beobachtungen auswählt. Für besonders schwierige Fälle empfiehlt er die Probepunction von den Bauchdecken aus. Der Nachweis von Pseudomucin in dieser Probe als dem charakteristischen Inhalt der Ovarialcyste sichert deren Diagnose.

Was die Behandlung betrifft, so wird in der Gravidität allseitig nur die Laparotomie empfohlen. Die Mortalität ist gleich der Durchschnittsmortalität der Ovariotomien 5,4 Proc. Der Verlust der Kinder stellt sich indess auf ca. 33 Proc. Die Statistik ergibt ferner, dass die Gefahr der Schwangerschaftsunterbrechung mit jedem Monat zunimmt. Es ist also falsch, die Ovariotomie in der Schwangerschaft so allgemein zu empfehlen; man soll nur bei Einklemmung, Stieldrehung, Entzündung, raschem bedrohlichen Wachsthum operiren, sonst im Interesse der Kinder warten. Alsdann ist die Laparotomie zu empfehlen, da die Maltraitirung des Uterus bei der vaginalen Operation die Gefahr des Aborts erhöht.

Herr Schatz-Rostock fand in einem Falle, der wegen Uterusruptur die Laparotomie nöthig machte, den Douglas von einer festwandigen kindskopfgrossen Parovarialcyste ausgefüllt. Für solche Fälle von Einklemmung von Ovarial- oder Parovarialcysten in der Schwangerschaft oder in der Geburt scheint ihm, wenn ein Repositionsversuch nicht gelingt, die Therapie durch Punction von der Scheide her eine sehr einfache, hilfreiche und ungefährliche.

3. Herr **Eberhart**-Köln: a) **Ueber Myomdegeneration** (mit Demonstration).

E. berichtet über einen Fall von Myoma uteri, wo kleine Gaben Ergotin und Secale zur Nekrose geführt hatten. Es handelte sich um eine 46 Jahre alte Frau, die seit einiger Zeit an starken und anhaltenden Blutungen litt. Die Untersuchung ergab einen kindskopfgrossen Uterus mit einem grösseren Myom rechts und zwei kleineren links. Es wurde Ergotin und Secale in kleinen Dosen verordnet. Nach 8 Tagen wurden unter wehenartigen

Schmerzen per vaginam nekrotische Myommassen ausgestossen. Die vaginale Myomotomie mit Entfernung des Uterus schaffte ein nekrotisches submucöses Myom zu Tage. Vortragender empfiehlt desshalb bei Anwendung des Ergotins eine vorsichtige Ueberwachung der Patientinnen und beruft sich auf Landau, der schon vor einem Jahrzehnt vor dem längeren Gebrauch des Ergotins gewarnt habe, da es die Prognose der Myomotomie verschlechtere; es solle zur Herzdegeneration und Dilatation führen. Tumoren von über Kindskopfgrösse sollen am besten nicht mit hohen Ergotindosen behandelt werden, da eine Laparotomie bei nekrotischem und jauchigem Uterus höchst gefährlich sei. Bei kleinen, eventuell vaginal zu entfernenden Myomen könne Ergotin auch in grösseren Dosen gegeben werden. Bezüglich der Frage über die Myomoperationen im Allgemeinen bemerkt E., dass man, wenn auch dringende Indicationen zur Operation nicht vorliegen, die Myomoperation nicht principiell verweigern soll.

Vortr. demonstrirt dann ein Uterusmyom, dessen mikroskopische Untersuchung an einzelnen Stellen hyaline Degeneration ergab.

b) Demonstration von **Milznekrose.**

Es handelt sich um eine hühnereigrosse Milznekrose mit Uebergang in Abscedirung. Im Eiter wurden Streptococcen nachgewiesen.

Discussion ad a): Herr Cramer-Bonn a. Rhein hält es für unentschieden, ob der Tumor vor oder nach der Secalemedication nekrotisch geworden sei, im Uebrigen erklärt er sich den Fall so, dass durch die Secaletherapie eine Wehenthätigkeit ausgelöst worden sei, die dann zur Ausstossung des submucösen Myoms geführt habe.

Herr Koetschau-Köln bemerkt, dass die hyaline Gefässdegeneration bei Fibromyomen alter Frauen kaum je vermisst werde. Dass dieselbe gelegentlich zur Nekrose eines Myoms führen könne, sei nicht zu bezweifeln.

Herr Eberhart versichert Herrn Koetschau, dass er (Vortragender) die hyaline Degeneration der Myome keineswegs als enorm selten hingestellt habe und bemerkt Herrn Cramer, dass er bei der ersten Untersuchung den Muttermund vollständig geschlossen fand; er könne desshalb nicht wissen, ob schon eine polypöse Bildung des submucösen Myoms vorhanden war oder ob dieselbe erst durch die Secalebehandlung hervorgerufen wurde.

4. Herr **v. Guérard**-Düsseldorf: **Bemerkungen zur abdominalen Totalexstirpation bei Myom** (mit Demonstration).

v. G. wendet das sogen. chirurgische Verfahren — d. h. erst Durchtrennung der Gewebe, dann Erfassen und Abbinden der Arterien — auch in der Gynäkologie, speciell bei Myomoperationen an und zwar mit gutem Erfolge. Nach Entwicklung des Tumors und beiderseitiger Durchtrennung der Plicae pelveo-ovaricae, wobei die Art. spermat. sofort gefasst und abgebunden werden, Einführung des Fritsch'schen Scheidenhalters und Einschneiden auf denselben, nachdem auf einer Seite das Peritoneum durch einen seitlichen halbmondförmigen Schnitt durchtrennt ist. Nun sofort Eröffnen der Scheide, Hervorziehen und Herauspräpariren des Collum und gleichzeitiges Ablösen der Blase. Nun wird die Scheidenwunde auch an der intacten Seite mit dem Schnitt durch die Plica ovarica zwecks Abtrennung eines grossen peritonealen Lappens verbunden. Bis jetzt ist keine weitere Unterbindung nöthig geworden. Es folgt die Durchtrennung der Parametrien, indem man sich hart am Uterus resp. Tumor hält oder womöglich in der äussersten Schicht desselben schneidet, zuerst auf der bequemer zugänglichen, dann auf der schwierigeren Seite. Für beide Seiten zusammen ist hierbei oft nur eine Unterbindung nothwendig. Nach Abtrennung der Parametrien reisst sich der Tumor oft von selbst los. Die grossen, sich nach unten senkenden Peritoneallappen werden zwecks Stillung etwaiger parenchymatöser Blutung durch mehrere nach unten durchgezogene breite Jodoformgazestreifen auf dem durch sie bedeckten Gewebe fixirt. Die Hauptsache bei diesem operativen Verfahren ist das Herauspräpariren des Tumors aus seinen tiefen Beckenverbindungen ohne jegliche Präventivligatur. Die Zahl der Unterbindungen wird so möglichst verkleinert und abgeschnürtes Gewebe bleibt nicht zurück.

Discussion: Herr v. Winckel-München bemerkt: Die vom Herrn Vortragenden geübte Operationsmethode ist vor circa Jahresfrist von Subaroff-Moskau in einer in russischer Sprache verfassten Broschüre empfohlen und von Subaroff selbst in der v. Winckel'schen Klinik einmal ausgeführt worden. Bekanntlich hat auch Prof. Joanescu auf dem internationalen Congress in Moskau für die vaginale Totalexstirpation ein Verfahren vorgeschlagen, das darin besteht, dass zuerst die beiden Arteriae uterinae isolirt und beiderseitig unterbunden werden. Gewebsquetschung wird so vermieden.

Herr v. Guérard erwidert, dass ihm Subaroff's Veröffentlichung unbekannt sei; er wende das geschilderte und von ihm im August 1899 beschriebene Verfahren seit 1½ Jahren an. Dem Verfahren Joanescu's hafte der Uebelstand an, dass 1. es technisch nicht immer durchführbar sei und dass 2. mit den Art. uterin. meist auch Nerv und Vene mitgefasst würden.

5. Herr **Winternitz**-Tübingen: **Ueber operative Behandlung des postoperativen Ileus.**

Bei den verschiedenen gynäkologischen Bauchoperationen können sich im Verlaufe der Nachbehandlung ohne Verschulden des Operateurs Zustände entwickeln, die den Erfolg beeinträchtigen oder zu nichte machen, insbesondere Lungenembolie und postoperativer Ileus. W. unterscheidet aetiologisch folgende Ileusarten: 1. septischen Ileus als Folge einer septischen Peritonitis, 2. mechanischen, nicht septischen Ileus, meist als Folge von Verwachsungen des Darmes mit nachfolgender Abknickung oder Achsendrehung, 3. paralytischen Ileus, 4. Ileus, beobachtet nach Klammertotalexstirpation, ohne dass Verwachsungen oder Druckverletzungen des Darmes nachzuweisen gewesen wären. Unter 837 Bauchhöhlenoperationen (459 Laparotomien, 280 vaginalen Totalexstirpationen und 98 Colpokoeliotomien), die in den letzten 3 Jahren in der Döderlein'schen Klinik zur Ausführung kamen, wurden 11 Fälle von postoperativem Ileus beobachtet und behandelt, davon 5 nach vaginalen Operationen. Es handelte sich 3mal um septischen, 7 mal um mechanischen, nicht septischen und 1 mal um paralytischen Ileus. Die Fälle von septischem Ileus wurden durch eine zweite Operation nicht gerettet. Der mechanische, nicht septische Ileus gibt bessere Aussichten. Von den 7 Fällen wurden durch eine 2. Operation 6 gerettet. Bei genauer täglicher Beobachtung der Kranken vom ersten Tage der Operation an hält W. es nun für möglich, in vielen Fällen die Differentialdiagnose zwischen septischem und mechanischem, nicht septischen Ileus zu stellen und zwar durch richtiges Deuten der Symptome. Die Peritonitis schliesst sich meist sehr bald an die Operation an, während der mechanische Ileus zeitlich an die Operation nicht gebunden ist. Fieber spricht für Peritonitis. Peritonitis ohne Fieber kommt vor, ist aber selten. Bei mechanischem Ileus fehlt die Temperatursteigerung bei gleichzeitigem Ansteigen der Pulsfrequenz. Bei septischem Ileus ist das Abdomen gleichmässig meteoristisch aufgetrieben und überall druckempfindlich. Bei mechanischem Ileus findet man meist nur localen Meteorismus; man sieht und fühlt die Contractionen der geblähten Darmschlingen, die mit starken Schmerzanfällen und localisirtem Gurren einhergehen. Ist die Diagnose auf einen mechanischen, nicht septischen Ileus gestellt worden, so muss derselbe operativ behandelt werden. Freilich ist es nicht immer leicht, den richtigen Zeitpunkt für die Wiedereröffnung des Abdomens zu bestimmen. In der Döderlein'schen Klinik liess man folgende Regeln gelten: Gingen keine Flatus ab, stellten sich die ersten Ileussymptome ein, bestehend in Singultus und Erbrechen von grün gefärbten, faeculent riechenden Massen, so wurden zunächst hohe Einläufe mehrmals am Tage, Magenausspülung und Massage angewendet. Bei weiterem Ausbleiben der Flatus, andauerndem Erbrechen und Meteorismus, Temperaturabfall bei Pulssteigerung wurde operativ vorgegangen. Die wichtigsten Punkte bei der chirurgischen Behandlung des postoperativen mechanischen, nicht septischen Ileus stellt W. nun in folgenden Sätzen zusammen:

1. Bei mechanischem Ileus nach vaginalen Operationen muss zuerst von der Scheide aus der Versuch gemacht werden, etwa vorhandene Adhaesionen zu lösen. Bleibt der Erfolg aus, so muss laparotomirt werden.

2. Bei mechanischem Ileus im Anschluss an Laparotomien ist die Wiedereröffnung des Abdomens nothwendig. Nach Lösung der Adhaesionen ist ein besonderes Gewicht auf die Entleerung des überfüllten Darms zu legen, indem derselbe an einer oder mehreren Stellen incidirt wird. Sein Inhalt muss durch Ausstreichen entleert werden. Die Darmwunde wird danach sofort wieder genäht. Es empfiehlt sich das Operiren mit Handschuhen.

3. Dieses Verfahren ist auch bei paralytischem Ileus erfolgreich und in entsprechenden Fällen zu versuchen.

4. Bei septischem Ileus hat die operative Behandlung keinen Erfolg und ist daher contraindicirt.

Discussion: Herr Fehling-Halle ist erstaunt über die Häufigkeit des Ileus nach vaginaler Totalexstirpation, dessen Entstehung die Klemmbehandlung zu begünstigen scheint. Bezüglich des Krankheitsbildes kann er nicht anerkennen, dass die geschilderten Puls- und Temperaturverhältnisse die Differentialdiagnose zwischen septischem und mechanischem Ileus so leicht stellen lasse. Die W.'sche Darmauftreibung beweist, dass noch keine allgemeine Darmlähmung vorhanden ist; in solchen Fällen führen häufig noch die anderen Mittel zum Ziel.

Herr Frank-Köln ist der Ansicht, dass das Operiren mit Handschuhen das Entstehen des Ileus begünstige, weil der Darm

bei der Berührung mehr alterirt werde. Operiren mit Klemmen sei ein Testimonium paupertatis für unser Können. Wenn bei Totalexstirpationen von unten so häufig Ileuserscheinungen vorkämen, so sei die Methode vielleicht nicht die richtige. Bei sorgfältigem Vernähen des Peritoneums und Legen der Stümpfe nach aussen beobachte man kaum Ileuserscheinungen. Letztere könnten bei Klemmenbehandlung besonders in den ersten Tagen nicht ausbleiben. Auch spiele die Behandlung der Frau vor und nach der Operation eine Rolle.

Herr Winternitz will auf die Vortheile und Nachtheile der Klemmbehandlung nicht näher eingehen, möchte aber auf Grund seiner Erfahrung die Klammern im gynäkologischen Instrumentarium nicht missen. Auf die Bemerkung Fehling's, dass bei noch vorhandener Contraction des Darmes es zur Ileusbeseitigung noch andere Mittel gebe als einen operativen Eingriff, erwidere er, dass an der Tübinger Klinik immer zuerst der Versuch gemacht worden sei, durch hohe, im Verlauf des Tages mehrmals wiederholte Einläufe die Durchgängigkeit des Darmes wiederherzustellen. Erst nach Misserfolg sei auf's Neue operativ vorgegangen worden. Im Gegensatz zu Herrn Frank gibt er dem Operiren mit Handschuhen den Vorzug, da solche, falls sie mit Darminhalt oder anderen Unreinlichkeiten beschmutzt würden, schnell durch frische, sterile ersetzt werden könnten.

Herr Eberhart-Köln glaubt, dass das späte Eingeben von Abführmitteln und oft auch das zu kräftige Abführen vor der Operation, zumal bei geschwächten Patienten, Ursache der häufigen Ileusfälle sein könne.

Herr Springsfeld-Aachen bemerkt, dass es ihm einmal bei Ileus nach abdominaler Enucleirung eines subserösen, kindskopfgrossen Myoms der hinteren Wand gelungen sei, vom Rectum aus Darmverlöthungen zu lösen und so eine zweite Laparotomie zu umgehen.

Herr Schatz-Rostock: Durch eine zu energische laxirende Vorbereitung der Kranken, wobei so gut wie gar nichts mehr im Darm zurückbleibt, wird die Bildung von Gasen, die die Peristaltik beeinflussen, zu sehr beeinträchtigt. Der Darm bedarf zur guten Peristaltik unbedingt der Gase, und man soll sich desshalb mit der Entleerung des Kolons von festeren Massen begnügen. Opium wird allenthalben bei gewöhnlichen Fällen so gut wie niemals mehr gegeben.

Herr Winternitz hält es nicht für erwiesen, dass das Purgiren vor der Operation eine Prädisposition für Ileus abgebe. In einem seiner Fälle (Kaiserschnitt) konnte nicht mehr vorbereitet werden und doch trat Ileus auf. Weitere Beobachtungen müssen entscheiden, ob die Art der Vorbereitung zur Operation mit dem Entstehen von Ileus in Zusammenhang zu bringen ist.

Sitzung vom 18. September, Vormittags 8½ Uhr.

Vorsitzender: Geheimrath Prof. Dr. v. Winckel-München.

1. Herr **v. Winckel**-München: **Ueber Struma suprarenalis** (mit Demonstrationen).

Herr v. W. referirt über einen von ihm operirten Fall von Struma suprarenalis, die wegen ihres tiefen Sitzes im Abdomen und wegen ihrer grossen Beweglichkeit eine langgestielte Ovarialcyste vorgetäuscht hatte. Unmittelbar nach Oeffnen des Abdomens wurde die Diagnose richtig gestellt. Die Ausschälung des Tumors nach Spaltung des hinteren Peritonealblattes gelang ziemlich leicht.

Seitdem hat nun v. W. bei den Sectionen sein Augenmerk auf Abnormitäten der Nebennieren gerichtet und gefunden, dass bei Missbildungen, insbesondere bei Meningocelen, bei Anencephalie, Kranioschisis und Rhachischisis die Nieren und Nebennieren vielfach missgestaltet sind. Die Missbildung besteht in einseitigem Mangel des einen oder anderen oder beider Organe, in mehr weniger mangelhafter Ausbildung oder in Verlagerung derselben.

Sehr anschauliche, nach Präparaten angefertigte Abbildungen illustriren die mannigfachen Entwicklungsanomalien.

Discussion: Herr Freund-Strassburg berichtet über einen ähnlichen, von ihm operirten Fall, der durch die v. Winckel-Demonstration gut verständlich wird.

Herr Schatz-Rostock bemerkt: Missgestaltete Früchte zeigen so häufig auch Missbildungen der Genitalien, dass es sich fragt, ob nicht aus Missbildung der Genitalien ein gewisser Wahrscheinlichkeitsschluss auf Abnormitäten auch der Nebennieren zu ziehen ist.

2. Herr **Stoeckel**-Bonn: **Ueber Atmokausis und Zestokausis** (mit Demonstrationen).

Dem Pincus'schen Apparat haften hinsichtlich der Technik noch manche Mängel an. Eine vorhergehende Dilatation ist nothwendig, Bettruhe rationell. Die Domäne für die Atmokausis bilden die incomplicirten Blutungen, bei denen eine bestimmte locale Ursache fehlt, also die zu starken menstruellen, die klimakterischen und die auf Haemophilie beruhenden. Vorbedingung für den Erfolg ist die gute Contractionsfähigkeit des Uterus. Irrationell ist die Atmokausis bei Myomen, weil die Uteruscontractionen unregelmässig und mangelhaft sind, dann auch weil die Myome eine hochgradige Gestaltsveränderung des Uteruscavums bewirken, so dass rein mechanisch eine Berührung aller Stellen der Uterusinnenfläche mit dem Dampf verhindert wird. Unbedingt zu verwerfen ist die Atmokausis beim Abort; hier liefern die Curette und Tamponade ausgezeichnete Resultate. Bei der Gonorrhoe ist eine desinficirende Wirkung der Atmokausis zweifelhaft, weil eine Tiefenwirkung bei der allein in Betracht kommenden kurzen Anwendungsdauer fehlt. Bei der Dysmennorrhoe ist die Anwendung der Atmokausis auch nicht berechtigt, weil hier die vorauszuschickende Dilatation das bessernde Moment ist.

Discussion: Herr Schlutius hat die Construction des Kessels, der Dampfzuleitung und des Katheters modificirt und erzielt nun mit seinem Apparat eine gleichmässig tiefe und allenthalben verbreitete Verödung des Endometriums. Er meint, dass die Vaporisation bis dato nicht in jeder Hand, nicht mit jedem Instrumentarium und nicht in allen Fällen heilbringend sei.

Herr Fritsch hat in einigen Fällen von klimakterischen Blutungen Dauererfolge gesehen. Auch er hält die Atmokausis nur bei uncomplicirten Blutungen für indicirt.

Herr Fehling fragt nach den Dauerresultaten nach Anwendung der Atmokausis. Sind sie nicht besser als bei einfacher Ausschabung, so ist letztere der Atmokausis vorzuziehen.

Herr Cramer schickt der Vaporisation die Dilatation, Ausschabung und Tamponade des Uterus voraus. Ist das Uteruscavum auf diese Weise frei gemacht von Blut und Schleim, dann steht der Ausbreitung des Dampfes kein Hinderniss mehr entgegen.

3. Herr **Schlutius**-Crefeld: Demonstration einer **Pankreascyste.**

4. Herr **Rissmann**-Osnabrück: **Ueber Unterbindungs- und Nahtmaterial.** (Demonstration.)

Er hält an Stelle des Catgut von unseren Schlachtthieren für verwerthbar: 1. die Strecksehne am Unterschenkel des Pferdes, 2. den Nervus vagus, 3. das Leberzwerchfellband älterer Ochsen. Die genannten Materialien haben den Vortheil grösserer Stärke und haben nicht den ekelhaften Fäulnissprocess des Catgut durchzumachen, sind somit frei von Toxinen und Ptomainen.

5. Herr **Veit**-Leiden: **Zur Anatomie der Placenta.**

Herr V. legt mikroskopische Präparate und Photographien vor von einer frühzeitigen Tubargravidität, die er bei lebendem, sich noch bewegendem Foetus ohne Ruptur der Tube operirt hat. In den Venen der Tube finden sich Chorionzotten. Er hält diesen Vorgang, der auch von anderer Seite, aber seines Wissens nur an abgestorbenen Schwangerschaften gefunden wurde, für einen sehr bemerkenswerthen und bei Tubenschwangerschaft häufiger vorkommenden. Er nennt diesen Vorgang Zottendeportation.

Die Photographien hat er so hergestellt, dass er das mikroskopische Präparat direct mit dem Skioptikon projicirte und nun das projicirte Bild mit einer gewöhnlichen Camera aufnahm.

6. Herr **Everke**-Bochum: **Demonstration von Präparaten.**

Herr E. demonstrirt 1) das Präparat einer Graviditas tubaria mens. III. Im aufgeschnittenen, faustgrossen Sack, der durch die ausgedehnte linke Wand der Tube gebildet wird, ist die Frucht noch zu sehen;

2) das Präparat einer Graviditas tubo-abdominalis sinistra;

3) einen supravaginal amputirten myomatösen Uterus mit Graviditas von ca. 2 Monaten;

4) einen Uterus mit dreifachen Kaiserschnittwunden, zwei Narben den Bauchdecken adhaerent, die dann mitexstirpirt wurden.

7. Herr **Fritsch**-Bonn: **Ueber vaginale Koeliotomie.**

F. bespricht in längerer Ausführung die Vortheile und Nachtheile der Koeliotomien und stellt zum Schluss folgende Regeln auf:

1. Die vaginale Ovariotomie ist nur angezeigt bei mit Sicherheit zu diagnosticirenden, gutartigen Ovarialcysten.

2. Nur bei kindskopfgrossen, bei beweglichen, regelmässig gestalteten Myomen soll vaginal operirt werden.

3. Bei alter, geplatzter Extrauteringravidität, die nur Haematocele retrouterina ist, also im Douglas'schen Raum liegt, ist der vaginale Weg ausschliesslich anzuwenden. Es ist nicht nöthig, in jedem Falle den Sack zu exstirpiren; es muss nur der ganze Inhalt entfernt werden und die Oeffnung genügend gross bleiben. Bei frischer Extrauteringravidität, die Faustgrösse übersteigt, sowie bei Cysten, die vom hinteren Vaginalgewölbe aus nicht zu fühlen sind, muss abdominal vorgegangen werden.

4. Bei der Vagina angelagerten Eitertumoren sucht man vom Douglas aus den Eiter unter Erhaltung der Organe zu entfernen. Man muss die Adnextumoren exstirpiren und will man

nicht nach Landau und Schauta die ganzen inneren Organe entfernen, so ist der abdominelle Weg vorzuziehen.

Zum Schluss erwähnt Vortragender den Namen Dührssen's als des Mannes, der seit Jahren am entschiedensten für diese Methode gearbeitet hat.

Discussion: Herr Frank-Köln: Es geht nicht an, feste Sätze aufstellen zu wollen, denn man hat es nicht nur mit Operationen und Patienten, sondern auch mit Operateuren zu thun. Der vaginalen Koeliotomie haften auch grosse Mängel an. Die Narben in der Scheide können noch lästiger werden als die Narben im Leibe. Er erinnert an die Incontinentia urinae, veranlasst durch Narbenbildung in der Scheide, an die Schmerzen beim Beischlaf. Dünndarmschlingen, welche im kleinen Becken adhaerent liegen, können durch Operation von oben leicht in die Bauchhöhle zurückgebracht werden; Stränge, die von unten gar nicht zu sehen sind, lassen sich von oben lösen und durchschneiden. Ileus ist eher, wenn es sich um complicirte Fälle handelt, beim Operiren von unten als von oben zu erwarten.

Herr Fehling-Halle möchte hinsichtlich der Behandlung der Haematocele retrouterina folgenden Satz aufzustellen: Ist in Folge von Tubarabort Haematocele retrouterina eingetreten, so übe man exspectative Behandlung, so lange der Tumor sich verkleinert und die Patientin frei von Beschwerden ist. Bei Zunahme des Tumors und der Schmerzen soll man laparotomiren. Eine glatte Laparotomie verhütet leichter eine secundäre Infection und beansprucht eine kürzere Heilungsdauer. Nur bei Verjauchung soll von der Vagina aus incidirt werden.

Herr Veit-Leiden erklärt sich mit den Grundsätzen des Vortragenden über die Therapie der Haematocele ganz einverstanden. Bei den Fällen von Beckenperitonitis möchte er nur lieber die Wahl so stellen, dass, wenn nicht Fieber oder sonstige Gründe vorliegen, man ganz conservativ oder ganz radical vorgehen solle je nach der Lage der individuellen Verhältnisse. Das Lösen von Adhaesionen sei im Allgemeinen nicht empfehlenswerth; die Patienten würden dadurch nicht auf die Dauer geheilt.

Herr Everke-Bochum empfiehlt für die Haematocelen den Versuch einer längeren conservativen Behandlung. Muss schliesslich operirt werden, so gebe man der Laparotomie den Vorzug. Oft lasse sich durch Resection von den Adnexen so viel erhalten, dass später Conception möglich sei.

Herr Freund-Strassburg dankt Herrn Fritsch für die Betonung präciser Indicationen für operative und conservative Behandlung, constatirt die Wirksamkeit der Belastungstherapie und stellt Indicationen für die operative Behandlung der Tuberculose der Tuben und des Uterus auf.

Herr Schatz-Rostock empfiehlt warm die abwartende Methode. Sehr häufig finde nach der nächsten oder höchstens nächstfolgenden Menstruationshyperaemie eine solche Verflüssigung des Exsudates statt, dass die Resorption dann in auffällig kurzer Zeit erfolge.

Herr Fritsch bemerkt zum Schluss, dass durch das Aufstellen von Regeln und eine sich daran knüpfende Discussion schliesslich der goldene Mittelweg gefunden werde, betont Herrn Fehling gegenüber die weniger grosse Gefährlichkeit der vaginalen Operationen, verurtheilt die von Manchen ausgeführte Kolpotomie oder Laparotomie zwecks Lösung von Adhaesionen und gibt seiner Freude Ausdruck, dass wesentliche Differenzen sich in den Anschauungen nicht gezeigt hätten und die fragliche Angelegenheit durch die klärende Discussion einen Schritt weitergekommen sei.

8. Herr **Schröder**-Bonn: **Untersuchungen über den Blutdruck vor und nach Operationen.**

Die Arbeitsfähigkeit des Herzens ist ein Moment, das in erster Linie die Prognose eingreifender Operationen beeinflusst. Vortragender hat mit dem Gärtner'schen Apparat Blutdruckmessungen vor und nach Operationen vorgenommen und gefunden, dass bei grösseren Operationen (z. B. Laparotomien) der Abfall des Blutdrucks ein sehr starker ist. In manchen Fällen scheint dies Absinken im Verhältniss zur Länge und Schwere der Operation und Dauer und Güte der Narkose zu stehen. Vortrag. demonstrirt an Curven seine Ermittelungen. Wie es für den Internisten für verschiedene Infectionskrankheiten typische und pathognomische Temperaturcurven gebe, so müsse, meint Schr., es gelingen, für grössere Operationsgruppen und deren Verlauf ein typisches Blutdruckbild mit festen Umrissen zu zeichnen und für die Therapie und Prognose zu verwerthen.

Discussion: Herr Schatz-Rostock fragt, ob die Untersuchungen immer in derselben und in welcher Körperlage vorgenommen worden seien. Das Studium der Haemodynamik scheint ihm einer grösseren Würdigung werth. Für Experimente, wie Herr S. angestellt habe, finde er die Benutzung der Radialis zweckmässiger, weil sie von dem bei kleinsten Arterien sich leicht einstellenden Krampf weniger abhängig sei.

Herr Schröder bemerkt, dass die Messungen stets unter denselben Bedingungen und an der liegenden Frau vorgenommen worden seien; die Hand wurde in Herzhöhe gehalten. Zur Vermeidung von Tagesschwankungen und Schwankungen nach den einzelnen Mahlzeiten sei jedesmal zu denselben Tageszeiten gemessen worden.

Sitzung vom 18. September, Nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Geheimrath Prof. Dr. Fehling-Halle.

1. Herr **Franz**-Halle: **Ueber Uterusruptur.**

Herr Fr. berichtet über 12 Fälle von Uterusruptur, von denen 10 complete und 2 incomplete waren. Die Zeichen der drohenden Uterusruptur sind seiner Meinung nach nicht immer deutlich ausgeprägt. Von 4 direct beobachteten Fällen waren nur in einem vor der Ruptur Dehnungssymptome vorhanden. Auch die eingetretene Ruptur kann Anfangs unter sehr geringen Erscheinungen verlaufen. Todesursache bei Ruptur sind Blutung und Infection. Da wir bei keinem Fall wissen können, ob er nicht schon inficirt ist, so soll man jeden Fall als inficirt betrachten und danach die Therapie einleiten; die Totalexstirpation per vaginam verdient den Vorzug. Doch soll nicht jeder Fall von Uterusruptur operirt werden; zunächst verdient die conservative Behandlung Beachtung.

2. Herr **Freund**-Strassburg: **Uterusruptur in der Schwangerschaft.**

Herr Freund berichtet über einen Fall von Spontanruptur in der Gravidität.

Discussion über beide Vorträge: Herr Veit musste sich einmal bei incompleter Ruptur zur Laparotomie entschliessen, weil Verblutungstod drohte und von der Scheide aus die blutende Stelle nicht zu erreichen war.

Herr Fritsch bemerkt, die Gefahr der Uterusruptur liege weniger in der Uterusverletzung als in der Verletzung des Parametriums; es blute nicht die Uteruswunde, sondern die Wunde des Parametriums. Als aetiologisch wichtiges Moment für die Uterusrupturen seien alte Narben im Parametrium zu deuten, da sie die Dehnungsfähigkeit des Uterus störten.

Herr v. Guérard-Düsseldorf ist der Ansicht, dass auch Allgemeinerkrankungen, insbesondere Nephritis, prädisponirend für Uterusruptur wirken. Bei 5 Fällen der letzten Jahre constatirte er 2 mal schwere Nephritis, 1 mal Diabetes.

3. Herr **v. Winckel**-München: **Ueber die Schwangerschaftsdauer.**

Herr v. W. hat die Frage der Schwangerschaftsdauer eingehend studirt. Er ging dabei den Weg, dass er von der Schwere des Kindes einen Schluss auf die Dauer der Schwangerschaft zog und verwendete zu seiner Statistik nur Neugeborene, von einem Gewicht von mehr als 4000 g. Aus der Zeit seiner Thätigkeit in Dresden und München stellte er nun 1007 Fälle zusammen und bemühte sich, von den Eltern dieser Kinder möglichst genaue Daten über die Zeit der letzten Menstruation und den wahrscheinlichen Tag der Conception zu erhalten. Die untere Grenze berechnet vom ersten Tag nach der letzten Menstruation beträgt nun 286,7 Tage, berechnet vom Tag der Conception 275,0 Tage, die obere Grenze 336 resp. 321 Tage. v. W. theilte nun diese ganze Gruppe nach 10 und 10 Tagen, also von 280 auf 290 Tage u. s. w. steigend, in Untergruppen und konnte jetzt 31 Fälle von aussergewöhnlich langer Dauer der Schwangerschaft, einer Dauer von weit über 310 Tagen nachweisen. Es scheint ihm desshalb geboten, bei Legitimirung von Geburten eine Schwangerschaftsdauer von 310 Tagen gelten zu lassen.

4. Herr **Schatz**-Rostock: **Der Schwerpunkt des Foetus.**

Herr S. stellt einen in fast allen neueren Lehrbüchern der Geburtshilfe sich findenden physikalischen Irrthum fest. Er entwickelt die Lehre von einem „specifischen Schwerpunkt", den er in Gegensatz zum „absoluten Schwerpunkt" stellt. Er findet, dass der „specifische" Schwerpunkt des reifen oder nahezu reifen Kindes im Fruchtwasser dem Steissende näher liegt als dem Kopfende und folgert daraus, dass die Schwere mindestens gewöhnlich nicht die Ursache der normalen Kopflage sein kann. Es folgt dann noch eine Begründung des Ausdrucks „specifischer Schwerpunkt".

5. Herr **Cramer**-Bonn: **Grundsätze des Geburtshelfers für die erste Ernährung des Kindes.** (Der Vortrag erscheint vollständig in der Münch. med. Wochenschr.)

Discussion: Herr Rissmann-Osnabrück hat schon seit längerer Zeit den Privatwöchnerinnen die Kost der Schwangerschaft gereicht und beklagt sehr die Ausführungen des preussischen Hebammenlehrbuches über die Ernährung der Wöchnerinnen. Er hält die Ernährung nicht für nahrhaft genug.

Herr Schlossmann-Dresden äussert sich in ganz ähnlichem Sinne.

6. Herr **Frank**-Köln a. Rh.: **Ist die Symphyseotomie vollständig aufzugeben?**

Hat auch die Begeisterung für die Symphyseotomie mit Recht nachgelassen, so bleibt ihr doch in der operativen Geburts-

hilfe ein dauernder Platz. Schwer ist es, die geeigneten Fälle auszuwählen. Dem Specialisten bietet die Operation keine Schwierigkeiten. Die Symphyse ist leicht zu finden und zu trennen; bei wirklicher Verknöcherung genügen zur Trennung einige Meiselschläge. Die Gefahren liegen nicht im Trennen des Knochenringes, sondern in den unter der Geburt entstehenden Verletzungen derjenigen Weichtheile, die durch die ungetrennte Symphyse, weil ihr anliegend, geschützt und gestützt werden. Die Risse vorn sind wegen der starken Blutungen gefährlicher wie die Risse hinten. Die zerrissenen grossen Venenplexus bergen zudem, da die Wunden hier schwer rein zu halten sind, die Gefahr der Pyaemie. Man muss desshalb den Einsatz möglichst gering, den Gewinn möglichst gross zu gestalten suchen. Der Einsatz ist gering, wenn die Weichtheile aufgelockert sind, die Scheide weit, der Muttermund geöffnet, das Becken nicht zu enge und die Patientin kräftig ist und wenig Fettgewebe hat. Der Gewinn ist gross bei Mehrgebärenden, wo bei den vorhergehenden Geburten die Erfahrung gelehrt hat, dass weder die prophylaktische Wendung, noch die Zange zum Ziele führte, die Kinder immer todt geboren wurden und auch im vorliegenden Falle das Kind aller Wahrscheinlichkeit nach unter der Geburt zu Grunde geht, die Frau aber ein lebendes Kind will und den — bei der vorgeschrittenen Geburt nicht mehr ungefährlichen — Kaiserschnitt verwirft. Auf alle Fälle muss streng individualisirt werden und zudem muss man auf alle misslichen Zufälle vorbereitet sein. Für die Nachbehandlung ist die peinlichste Sauberkeit nothwendig. Von osteoplastischen Operationen behufs Correctur des fehlerhaften Beckens ist F. abgekommen. Er hält heute das einfache Durchschneiden der Symphyse für das richtige. Eine feste Verwachsung ist nicht anzustreben, die Knochennaht zum mindesten überflüssig.

Discussion: Herr Schatz-Rostock fragt nach der späteren Bewegungs- und insbesondere Arbeitsfähigkeit der von Herrn Frank Symphyseotomirten.

Herr Frank erwidert, dass bei allen Fällen, die er verfolgen konnte, die vollständige Arbeitsfähigkeit wieder erlangt wurde. Dagegen hat er genug Fälle beobachtet, wo ohne Symphyseotomien nach schweren Zangen sich eine chronische Periostitis des Kreuzbeins entwickelte, die die Patienten jahrelang an schwerer Arbeit hinderte.

Sitzung vom 19. September, Vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: Herr Geheimrath Prof. Dr. Schatz-Rostock.

1. Herr **Cramer**-Bonn: **Impression des vorangehenden Kopfes in Walcher'scher Hängelage.** (Der Vortrag erscheint vollständig in der Münch. med. Wochenschr.)

Discussion: Herr Rissmann-Osnabrück kann gewisse Bedenken nicht unterdrücken. Hat man die Configuration des Kopfes abgewartet, so mag man eine leichte Impression versuchen. Zu missbilligen ist die Anwendung hoher Kraft und die vom Herrn Vortragenden vorgeschlagene Methode der Anwendung beider Fäuste.

Herr Eberhart-Köln ist gegen die Impression des Kopfes und — dringende Indication vorausgesetzt — mehr für die Anlegung der hohen Zange. Er hält das starke Eindrücken des Kopfes für eine bedenkliche Empfehlung, da dadurch bei verdünntem unteren Uterinsegment leicht eine Uterusruptur hervorgerufen werden könne..

Herr Schatz-Rostock mahnt bezüglich der Impression zur grössten Vorsicht. Wir dürfen bei Kunsthilfe nicht viel mehr Kraft anwenden, als die Natur anzuwenden pflegt; die Natur aber benützt nie eine grössere Kraft als 25 kg. Den Gebrauch der Fäuste beim Eindrücken des Kopfes hält er für unzweckmässig, weil die Fäuste leicht abgleiten und dann schaden können; man umfasse lieber den Kopf mit beiden Händen und lasse bei gestreckten Armen die Schwere des allmählich sich überbeugenden Oberkörpers wirken. Die Hauptsache aber ist, dass die Operation erst ausgeführt werden darf, wenn der Kopf bereits richtig im Beckeneingang eingestellt und soweit configurirt ist, dass nur eine Vermehrung der Kraft nöthig ist, um ihn durchtreten zu lassen. In solchen Fällen aber hat auch die hohe Zange ihre Berechtigung.

Herr Schlutius-Crefeld warnt gleichfalls vor Anwendung einer zu hohen Kraft bei der Impression.

Herr Cramer stellt es als selbstverständlich hin, dass die Impression des Kopfes nur ein Ultimum refugium sein soll. Auch hält er es für berechtigt, in den Fällen, in denen die Naturkräfte nicht genügen, grössere Kraft anzuwenden.

2. Herr **Wirtz**-Köln: **Ueber Nabelbehandlung der Neugeborenen nach Martin.**

Das Martin'sche Verfahren wurde an der Provincial-Hebammenanstalt in Köln an 150 Neugeborenen erprobt. Die neue Methode der Nabelversorgung (Abbinden mit Seidenfaden und Abbrennen mit Brennscheere direct über dem Nabelring) hat gegenüber den bisher geübten die Vortheile des schnelleren Abfalls des Nabelschnurrestes, der rascheren und glatteren Heilung der Nabelwunde, der vereinfachten Nachbehandlung und somit auch der verminderten Infectionsgefahr. Putrescenz der Nabelwunde durch Imbibition von Excoriationen der Haut — die durch den Reiz des zuschnürenden Seidenfadens leicht entstehen — mit verunreinigtem Badewasser, ist vom Vortragenden nie beobachtet worden. Auch sind Haematombildungen in Folge Durchschneidens des Seidenfadens nicht beobachtet worden. Da dem Brandschorf lediglich eine Feuchtigkeit entziehende Wirkung zukomme, fragt nun W., ob der Brandschorf nicht durch einen Alkoholverband ersetzt werden könne, der neben einer wasserentziehenden auch noch eine antiseptische Wirkung ausübe.

3. Herr **Rissmann**-Osnabrück: **Reichsgesetze für Hebammen und Wärterinnen.**

R. hält Reichsgesetze für Hebammen und Wärterinnen für dringend nothwendig und schlägt folgende Thesen vor:

1) Hebammen sind Medicinalpersonen, die nach rite bestandenem Examen in Deutschland bei gesunden Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen und bei normalen Geburten Dienste leisten dürfen.

a) Die Dauer der Curse, wozu die gleichen Aufnahmebedingungen nöthig sind, beträgt 9 Monate. Die Zahl der Schülerinnen muss so berechnet sein, dass mindestens fünf Geburten auf jede Schülerin kommen;

b) der Anstaltsleiter soll Gynäkologe sein, kein Nebenamt haben, und die Anstaltseinrichtungen sollen der Wissenschaft genügen.

2. Wärterinnen sind Medicinalpersonen, die nach rite abgelegtem Examen die Pflege gesunder Wöchnerinnen und gesunder Kinder die ersten sechs Wochen nach der Geburt übernehmen können.

a) Der Cursus währt ¼ Jahr; in demselben hat ein Arzt Unterricht zu ertheilen;

b) in der Praxis findet in ähnlicher Weise wie bei den Hebammen eine Beaufsichtigung durch die Kreisphysiker statt;

c) es ist unstatthaft, dass eine Wärterin den Arzt oder die Hebamme bei der Geburt vertritt.

An der sehr lebhaften Discussion betheiligten sich Frank-Köln, Beaucamp-Aachen, Fritsch-Bonn, Everke-Bochum, Schatz-Rostock, Veit-Leiden, Springfeld-Aachen. Alle erklären sich einverstanden mit einer strengen Ausbildung und Prüfung der Wärterinnen — dieselbe ist staatlich bereits abgelehnt worden —, widerrathen aber theilweise eine zuweit gehende gesetzliche Regelung des Verhältnisses von Arzt, Hebamme und Wärterin. Zur Hebung des Standes der Hebammen und zur Schaffung eines sachverständigen Ersatzes, falls der Arzt nicht beständig die Geburt überwachen könne, sei die Zuziehung einer Hebamme dringend anzurathen. Dem Arzt indess zu verbieten, die Geburt allein zu übernehmen, erklärte Fritsch für einen Eingriff in das Recht des Arztes, der unstatthaft sei.

XIII. Internationaler medicinischer Congress

zu Paris, 2. bis 9. August 1900.

Section für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 8. August 1900.

Escherich-Graz spricht über das **infectiöse Erythem bei Kindern;** dieses Erythem beginnt im Gesicht in Gestalt rother, confluirender Flecken und geht zuweilen auf den Nacken und die Extremitäten über, der Rumpf bleibt immer frei. Die Dauer dieses Exanthems — in Graz „localisirte Rötheln" genannt — beträgt 8—14 Tage, während dieser Zeit ist das Allgemeinbefinden ein gutes, keine weitere Krankheitserscheinung vorhanden. Dieses Erythem kommt gewöhnlich im Frühjahr oder Herbst vor und zwar in Familien oder in der Schule. E. zeigt noch farbige Zeichnungen über fragliche Affection, deren Ursache absolut dunkel sei.

Hutinel beschäftigt sich seit 10 Jahren mit diesen infectiösen Erythemen und fand sie im Verlauf oder in der Reconvalescenz einiger Krankheiten, als Typhus, Diphtherie, Masern, Scharlach und schwerer Enterocolitis, auch bei einfacher Angina oder leichter Colitis. Manchmal ist dieses Erythem, welches Gesicht, Hals, Extremitäten befällt, den Stamm aber völlig verschont, von schweren Allgemeinerscheinungen begleitet, sehr oft aber auch ohne solche. H. glaubt, dass verschiedenartige Toxiinfectionen die Erytheme verursachen können.

Chaumier beobachtete eine kleine Epidemie von analogen Fällen, wie sie Escherich beschrieben hat: die Kinder hatten 5—6 Tage lang ein rothes Gesicht, dann trat Heilung ein.

Koplik-New-York beobachtete ebenfalls Fälle von infectiösem Erythem, ohne Fieber oder irgend ein Allgemeinsymptom oder gastrointestinale Localisation, nie jedoch epidemisch auftretend. Er hielt die Affection immer für eine toxiinfectiöse.

Alvarez-Madrid bespricht einige **toxische, nach Infectionen vorkommende Zustände** bei Kindern. Sie sind von kurzer, vorübergehender Dauer und haben hauptsächlich ihren Sitz im Nervensystem: Sensibilitäts- und Bewegungs-, neurotrophische Störungen, Störungen der Intelligenz und der psychomotorischen Kraft. Die Therapie muss sich darauf beschränken, den Organismus zur Elimination dieser Toxine zu unterstützen.

Comby beschreibt **die uraemischen Zustände der ersten und späteren Kindheit.** Dieselben treten in Anfällen von wechselnden Zwischenpausen (Wochen oder Monaten) auf. Die Hauptsymptome sind Kopfschmerz, Erbrechen, Knochen- und Gelenkschmerzen, verschiedene nervöse Zufälle (Aufregung, Krämpfe), Hauterscheinungen (recidivirendes Ekzem), Störungen des Harnapparates (Blasenkrämpfe, Harngries, Nierenkolik), des Athemapparates (Asthma). All' diese, anscheinend so verschiedenen Symptome sind auf die Uraemie zurückzuführen; die Ursache derselben ist hauptsächlich in hereditärer Belastung, in der Descendenz von Gichtkranken, Diabetikern, Asthmatikern zu suchen. Die Diagnose ist weniger durch die einzelnen Symptome, welche nichts Charakteristisches haben, zu stellen, als durch die Gesammtsituation: Alter der Patienten, periodische Wiederkehr der Anfälle, hereditäre Antecedentien, hygienische Gewohnheiten (zu reichlicher Fleischgenuss, allgemeine Ueberernährung). Die Prognose bietet keine unmittelbare Gefahr. Die Therapie muss in erster Linie die Ernährung überwachen (vegetarische Diät, wenigstens der Hauptsache nach). Regelung des Stuhlgangs, alkalische Wässer, streng hygienische Vorschriften.

Hutinel stimmt im Allgemeinen mit den Auführungen **Comby's** überein, es handelt sich in der Gesammtheit bei dieser Uraemie immer um neuro-arthritische Individuen, jedoch ist die Uraemie nicht in allen Fällen zu beweisen, oft sei eine normale oder noch darunter stehende Menge Harnsäure im Urin vorhanden.

Dauchez-Paris beschreibt an der Hand von 2 Fällen **die cyklische Albuminurie der Erwachsenen,** dieselbe kann bald eine Diathese (Gicht), bald eine Infection (Typhus z. B.) als Ursache haben. Die Bezeichnung „intermittirende Albuminurie" trifft für solche Fälle nicht zu, sondern stimmt für jede gewöhnliche Nephritis, welche in der Heilung begriffen ist.

Gillet-Paris bespricht **die intermittirende Albuminurie des Kindesalters,** d. h. eine solche, die nur während einer kürzeren oder längeren Zeit des Tages, aber nicht den ganzen Tag oder gar die Nacht hindurch vorhanden ist. Die Mehrzahl dieser Fälle haben cyklischen Verlauf und G. schreibt einem Cyklus folgende Phasen zu: 1. Ueberschuss an Carbonaten und Phosphaten; 2. an Uroerythrin, Urobilin, Indican; 3. an Eiweiss; 4. an Harnsäure und Harnstoff. Merkwürdiger Weise ist es nicht die Albuminurie, die sich am constantesten zeigt, sondern besonders die Urobilinurie: an manchen kann Krisis 3 fehlen, mit der chromogenen ist dies jedoch selten der Fall. Andere Zeichen der intermittirenden Albuminurie sind: 1. ausgesprochener positiver Einfluss der stehenden Haltung, des Gehens besonders und des Aufwärtssteigens auf die Entstehung der Albuminurie; im Allgemeinen kommt sie bei Nacht nicht vor; 2. noch ausgesprochener negativer Einfluss der horizontalen Haltung. Die intermittirende Albuminurie kann als Urobilinurie mit Albuminurie angesehen werden. Die Untersuchung des Urins kann auch wichtige Aufschlüsse über den Ernährungszustand geben. Klinisch kann man 3 Gruppen von Fällen unterscheiden: Bei der ersten hat der Patient anscheinend befriedigendes Allgemeinbefinden (selten), bei der zweiten kommt man auf die Diagnose: Anaemie, Lymphatismus, Neuroarthritismus, leichte Dyspepsie, kurz vage functionelle Störungen, ohne dass etwas auf ein Nierenleiden passt, bei der dritten constatirt man einige bei Nephritis vorkommende Symptome wie Kopfschmerzen, leichtes Oedem, besonders an den Lidern und im Gesicht, Schmerzen in der Lumbalgegend u. s. w.; aber in Summa nur geringgradige Krankheitserscheinungen. Aetiologisch ist in gewissen Fällen die Heredität (Neurosen, Arthritis) anzusprechen; mit Ausnahme der zuweilen sehr langen Dauer ist die Prognose quoad vitam eine gute. Pathologisch-anatomisch nimmt G. an, dass eine thatsächliche, leichte und heilbare Veränderung in den Nieren vorhanden ist, dass das Epithel der Glomeruli, vielleicht auch zum kleinen Theil das der Tubuli, nicht völlig unversehrt ist. Die Behandlung umfasst die diätetischen und allgemeinhygienischen Vorschriften und die eigentliche Therapie: die horizontale Lagerung hat in einigen Fällen Heilung gebracht, jedenfalls sollen die Patienten mit intermittirender Albuminurie möglichst wenig stehen oder gehen. Auch der Allgemeinzustand des Patienten muss beachtet werden (Fe-Präparate, Organotherapie).

Brosius-Sayn bespricht die **Aprosexie** der Kinder, d. i. eine gewisse intellectuelle Schwäche (des Gedächtnisses besonders). Besonders mit adenoiden Vegetationen hängt dieser Zustand zusammen; der faule Schüler ist oft der klinische Typus der Aprosexie, dieselbe ist eine heilbare Krankheit und man muss sie vom schulhygienischen und pädagogischen Standpunkt aus kennen.

Chaumier theilt die Kinder mit adenoiden Vegetationen in 2 Gruppen ein: 1. diejenigen, welche normale Intelligenz haben und 2. diejenigen, welche schwerhörig sind und dadurch intellectuelle Störungen haben.

Jules Robert-Madrid bespricht die **Wirkung des Diphtherieheilserums in Madrid** nach den Mortalitätstabellen der letzten 20 Jahre (1880—1899). Die niedersten Ziffern vor der Einführung waren 199 und 196 pro Jahr, die höchsten (1886) 1586 Todesfälle; im Jahre 1895, wo das Serum zur Anwendung kam, ging die Mortalität auf 159 zurück, stieg 1896 auf 163, 1897 auf 168, auf 276 und 265 für 1898 und 1899. Diese aufsteigende Curve beweist entweder eine Zunahme der Epidemie oder, was R. für wahrscheinlicher hält, dass man jetzt etwas nachlässiger mit den Injectionen ist und sie nicht immer so rasch macht, als es nöthig ist.

Raoul Brunon-Rouen berichtet über den **Alkoholismus der Kinder in der Normandie.** Er unterscheidet einen solchen der Reichen und der Armen. Bei Letzteren bekommen fast alle Kinder statt Milch oder Suppe Kaffee und dieser wird fast nie ohne Schnaps (eau-de-vie) genommen; bei 75 Proc. der Kinder von 10 bis 15 Jahren ist dies festgestellt. Der Kaffee- und Alkoholgenuss zusammen bewirken beim Kind eine specielle Dyspepsie mit Hauterscheinungen, sie machen die Kinder widerstandslos gegen Krankheiten, besonders befördern sie die Tuberculose; daher die grosse (?) Kindersterblichkeit von 33 Proc. (?) in Rouen. Bei den Reichen herrscht die infantile Dyspepsie in Folge Gebrauchs edler und medicamentöser Weine; der vorzeitige und zu reichliche Fleischgenuss ersetzt den Kaffeemissbrauch der Armen.

Chatinière-Paris empfiehlt eine Art **Phototherapie bei Masern:** die Fenster des Krankenzimmers werden mit rothen Vorhängen verschlossen; mit diesem einfachen Mittel hat Ch. in 22 Fällen eine sehr rasche Entwicklung der Krankheit und complete Heilung erzielt, am meisten schienen beeinflusst das Allgemeinbefinden, das Fieber, der Hautausschlag, die Abwesenheit von Complicationen.

Veillon-Paris machte Untersuchungen über die **Rolle der anaëroben Bacterien in der Pathologie,** speciell des Kindesalters. Durch ein einfaches Culturverfahren (gezuckerte Gelatine) konnte eine grosse Anzahl bisher nicht beschriebener Anaërobien isolirt werden. Man fand dieselben bei Appendicitis, Otitis und deren Complicationen, bei der Enteritis infantum, bei Lungengangraen u. s. w. Entweder allein oder aërobischen Mikroben associirt, wurden sie immer bei Gangraen gefunden, es gelang auch durch Ueberimpfung Gangraen zu erzeugen, so dass V. den Anaërobien eine specifische Rolle bei der Entstehung der gangraenösen Processe zuschreibt.

Tsakiris-Paris beschreibt eine neue Art der **Larynxintubation** mit einer Aluminiumsonde.

Sevestre hingegen konnte das Aluminium bei der Herstellung der Tuben nicht verwenden und wirft speciell den Instrumenten von **Tsakiris** verschiedene Nachtheile vor.

Edm. Chaumier-Tours setzt seine **infectiöse Theorie der Rachitis** auseinander und verwirft die übrigen, gegenwärtig geltenden, Theorien über dieses Leiden. Für Ch. ist die Rachitis eine specifische Krankheit, welche von Rachitis abstammt und wieder Rachitis erzeugt. Verschieden davon ist die Theorie von **Mircoli**, welcher die Rachitis als eine Folge von Eiterungsbacterien ansieht und annimmt, die Veränderungen der Rachitis mit dem Staphylococcus reproducirt zu haben; es war aber nur Osteomyelitis, wie Ch. glaubt.

Marfan hält die infectiöse Theorie der Rachitis für nicht annehmbar, das familiäre Vorkommen beweist nur den Einfluss der hereditären Prädisposition, keineswegs die infectiöse Natur, oder auch, dass die verschiedenen Glieder derselben Familie den gleichen Existenz- und Nahrungsbedingungen unterliegen. Die Theorie **Chaumier's** erklärt auch nicht, warum die Rachitis fast ausschliesslich bei künstlich ernährten Kindern vorkommt und nur selten bei den Brustkindern.

Gegenstand weiterer Discussion war die Rolle, welche Kraniotabes und Rosenkranz (Rippen) bei der Entwicklung der Rachitis haben.

Section für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. August, Vormittags.

Brocq stellte einen unheilbaren Kranken mit Lupus, ferner einen Fall von sogen. Hyperepidermotrophie oder auch Ichthyosis rubra (**Kaposi**) vor; an der Discussion über diese und einen von **Fournier** vorgestellten Fall von hereditärer Syphilis, welcher dem letztgenannten sehr ähnlich war, betheiligten sich **Ehlers, Kaposi, Fournier, Glück**-Serajevo.

Die Alopecie (franz. pelades).

Lassar, Referent: Die Aetiologie ist noch in Dunkel gehüllt, die neuropathische Theorie der Alopecia areata hat immer mehr an Terrain und Anhängern verloren. Am meisten würde noch die parasitäre Theorie allen Thatsachen entsprechen. Die Therapie der Alopecia areata ist eine empirische, von ihrer frühzeitigen Anwendung hängt die Prognose der Affection ab. Die Behandlung kann nur in dem Gebrauche von Mitteln bestehen, welche eine bactericide, antiparasitäre oder antitoxische Wirkung haben.

Pawloff-St. Petersburg, Correferent: Die Krankheit, welche man in Frankreich mit „Pelade" benennt, ist in Russland unter dem Namen Alopecia areata bekannt. Es ist unmöglich, über die Häufigkeit dieser Krankheit in Russland Angaben zu machen, da sie in den ärztlichen Berichten nicht als specielle klinische Form angeführt ist. Nach den Erfahrungen, welche P. in reichem Maasse gemacht hat, entwickelt sich die Alopecia areata bei Individuen, deren Nervensystem besonders reizbar ist, und erscheint im Allgemeinen in Folge von psychischen Affecten, Aerger, Ueberarbeitung, Traumen; keineswegs hat sie aber in Russland den Charakter einer contagiösen Krankheit.

Norman Walker-Edinburgh glaubt, dass auch die eifrigsten Anhänger der parasitären Theorie für manche Fälle den nervösen Einfluss nicht leugnen können. In diesen Fällen sind die kranken

Stellen sehr häufig von unregelmässiger Form, die Haut ist glatt und glänzend und die Haare haben nur selten ihre typische Haltung. Die infectiöse Theorie, welcher vor Kurzem die Arbeiten von Sabouraud besonderes Interesse verliehen haben, hat seit Langem auch gewichtige klinische Beweise. W. wandte die Culturmittel an, welche S. empfohlen hat, und folgte in seinen Versuchen genau den Anweisungen Sabouraud's. Obwohl er nicht die rothen Kolonien Sabouraud's erhalten konnte, hat sich in allen Fällen ein gleicher Weise bemerkenswerther Parasit entwickelt; nach 14, höchstens 26 Tagen entwickelte sich in den Nährböden ein schwarzbrauner Punkt, der der Cultur eines anderen Mikroorganismus zu entstammen scheint. Derselbe findet sich in den mit den Krusten der Seborrhoe und mit Comedonen hergestellten Culturen und ist nicht identisch mit dem Sabouraud'schen.

Sabouraud, Correferent: Man muss aus der nosographischen Tabelle der Peladen die Formen von Alopecie streichen, welche der Ueberrest früherer und verschwundener Affectionen sind; der Name „Pelade" gebührt nur jenen Arten von Alopecia areata, welche klinisch spontan auftreten und welchen keine andere Affection vorausgeht. S. kehrt wieder zur alten Eintheilung in 2 Classen, in parasitäre und nicht parasitäre, sogen. nervöse Alopecie zurück oder auch in solche mit localen und solche mit allgemeinen Ursachen. S. hält dieses Gebiet für eines der dunkelsten in der Dermatologie und glaubt, dass bei dem Mangel neuer experimenteller Technik noch lange Zeit die Aufklärung fehlen wird.

Jacquet glaubt, dass man der Frage der Ansteckung der Alopecie zu viel Wichtigkeit beilege. Impfversuche, die J. an sich selbst trotz des vorhandenen günstigen Terrains angestellt habe, blieben negativ. Bei den leichten, sowie bei den schweren Formen der Pelade sind Veränderungen im Urin vorhanden, die eine Ernährungsstörung bekunden. Die Hypotonie der Gewebe kann in allen Fällen von Pelade, nicht nur an der Haut, welche schlaff, unelastisch ist, sondern an allen Organen constatirt werden: Varicen, Hernien, Skoliose sind häufig bei den Kahlköpfen oder deren Ascendenz. Im Ganzen ist bei ihnen allgemeine Insufficienz der mesodermalen Gewebe vorhanden.

Jadassohn hat in seiner Klinik einen Fall erlebt, der ihn von der Contagiosität des Haarausfalles überzeugte.

Hallopeau ist ebenfalls davon überzeugt, er hat positive Fälle zwischen Verwandten, zwischen Angestellten ein und desselben Bureaus (Wirkung der künstlichen Beleuchtung? Refer.), auch Epidemien in Schulen erlebt.

Kaposi lässt eine Contagiosität der Alopecia areata nicht zu.

Schiff-Wien behandelt die Alopecie mit X-Strahlen und erhält damit sehr rasche Heilung.

Spiegler-Wien machte Untersuchungen über die **Trichoptilose**, welche nur bei Frauen mit langen Haaren beobachtet wird; er fand diese Haaraffection verursacht durch einen specifischen Bacillus, welchen er genau beschreibt. Beweglichkeit, Bildung von Sporen, Verflüssigung der Gelatine, Länge der Bacillen von 3–6 μ, Breite 1 μ. Die Reinculturen bewirken auf gesunden Haaren wieder Trichoptilose, woraus man wieder neue Reinculturen erhält. Die Affection kann sowohl schlecht wie gut genährte Personen, sowohl solche mit trockenen wie fetten Haaren, nie jedoch Männer befallen. Sie unterscheidet sich klinisch wie bacteriologisch von der Trichorrhexis nodosa. Die einzig wirksame Therapie ist womöglich häufiges Schneiden aller kranken Haare.

Ehrmann-Wien machte Versuche zur **Pathologie der syphilitischen Initialsklerose**, indem er künstliche Injectionen in die Blut- und Lymphgefässe derselben machte. Es ergab sich, dass das Virus in den Lymphgefässen weiter geht und im Capillarnetz derselben eine Reizung verursacht, wodurch eine grosse Menge Lymphzellen entstehen, die bestimmt sind, das Gift zu zerstören. Ehrmann hat nun die elektrische Diffusion von Sublimat auf dem primären Schanker versucht und er konnte dadurch in einigen Fällen, wo die Behandlung innerhalb der ersten 14 Tage nach der Ansteckung und vor dem Auftreten der Drüsenschwellungen eingeleitet wurde, die Secundärerscheinungen verhindern.

Nobl-Wien machte **anatomisch-pathologische und bacteriologische Untersuchungen über die gonorrhoischen und syphilitischen Erkrankungen der Lymphgefässe.** Bei der acuten Blennorrhoe handelt es sich demnach um eine specielle Affection der grossen oberflächlichen Lymphgefässe, eine Art productiver Endo-Lymphangitis. Die sogen. syphilitische Sklerose hängt immer von einer Veränderung, welche das subcutane Zellgewebe mit Ausnahme der grossen Blutgefässe trifft, und einer proliferirenden und indurirenden Entzündung der Lymphgefässe (Endo-Lymphangitis) ab. Nobl glaubt, dass dabei neben den specifischen Mikroorganismen des einfachen Schankers noch pyogene Bacterien eine wichtige aetiologische Rolle spielen.

van Nissen: Reincultur des Syphilisbacillus und Ueberimpfung desselben auf Thiere.

Sitzung vom 7. August, Nachmittags.

Ueber zwei von Thibierge vorgestellte Fälle von sogen. foetaler Ichthyosis, welche Affection von Widal Hyperepidermotrophie, von Unna und Darier congenitale allgemeine Hyperkeratose genannt wird, entspann sich eine Discussion, an welcher Brocq, Darier, Sabouraud, Besnier sich betheiligten.

Ueber Leukoplakia (buccalis).

Perrin-Marseille, Referent: Die Leukoplakie ist nicht eine Krankheit für sich, sondern ein Symptom, welches einen Reactionszustand des Epithels auf äussere mechanische Reize darstellt und den verschiedensten Ursachen entspringt. Von allen localen Reizen ist der wirksamste unzweifelhaft der Tabakgenuss. Die Leukoplakia buccalis und lingualis kommt daher vorzugsweise beim Manne vor; für dieselbe hat ferner die Syphilis eine offenkundige pathogene Wirkung. Auch bei Lichen planus kommt die Leukoplakie vor. In zweierlei Art degenerirt dieselbe secundär; in das gutartige Papillom und in das bösartige Epitheliom (Carcinom). Nach der Statistik kommt letztere Degeneration in 20 bis 50 Proc. aller Fälle vor; bei reinsyphilitischer Affection kommt dem Anschein nach das secundäre Carcinom weniger häufiger vor als bei gleichzeitigem Tabakmissbrauch. Dasselbe ist weniger gefährlich wie das gewöhnliche Carcinom, dauernde Heilungen von 5, 10 Jahren und mehr sind nicht selten. Therapeutisch ist es daher wichtig, die chirurgische Totalentfernung der Leukoplakie, wenn sie möglich ist, baldigst vorzunehmen.

Barthélemy hat 83 Fälle von Leukoplakie beobachtet, wovon nur 15 bei Individuen, wo Syphilis nicht als sicher angenommen werden konnte. Die Rolle des Tabaks bei der Aetiologie der Leukoplakie ist zweifellos, aber erst eine secundäre, d. h. nach stattgefundener Syphilisinfection.

Für Gaucher ist die Leukoplakie immer eine parasyphilitische Affection; in 90–95 Proc. der Fälle findet man Antecedentien einer erworbenen oder hereditären Syphilis.

Die Statistik von Fournier umfasst 324 Fälle von Leukoplakie, wovon nur 5 bei Frauen, 80 Proc. Syphilitiker. Der Einfluss des Tabaks ist beträchtlich: 97 Proc. Raucher. Die Leukoplakie ist der Vorläufer des Carcinoms, welches in 30 Proc. von F.'s Fällen eintrat. Sie ist der specifischen Behandlung nicht zugänglich, weder Kalomelinjectionen, noch Jodkali gaben irgend einen Erfolg.

Zambaco-Pascha-Constantinopel hat ausgesprochene Fälle von Leukoplakie nur bei Syphilitikern gesehen. In leichten Fällen hat er guten Erfolg mit Kauterisation mit Hg-Nitrat gehabt, bei Syphilis muss man gleichzeitig specifisch behandeln.

Balzer schliesst ebenfalls die Leukoplakie der Syphilis an; aber sie ist mehr parasyphilitischer Natur, denn die Tertiärerscheinungen sieht man nicht der Leukoplakie sich nähern.

Petersen glaubt, dass ausser Syphilis und Tabakgenuss noch andere Faktoren in Betracht kommen, sicher z. B. der Arthritismus. Man muss daher durch die Urinuntersuchung den Ernährungszustand der Kranken studiren und ihre Diät regeln, was gewiss in manchen Fällen genügt, um die localen Affectionen zu bessern.

Justus-Ofen-Pest untersuchte den **Wirkungsmechanismus des Hg auf die syphilitischen Veränderungen.** Er fand, dass das Hg bis in die Plasma- und Riesenzellen der syphilitischen Efflorescenzen eindringt und hier Hg-Albuminat bildet. Durch ein Fixirungsmittel (Chlorzink und Schwefelwasserstoff) gelingt es, letzteres zu präcipitiren.

Barbe spricht über **zonenförmige Syphilide;** dieselben sind der specifischen Behandlung leicht zugänglich, wofür auch Gallois einen Fall aufführt.

Glück-Sarajewo hat in mehreren Fällen von hartnäckiger ulceröser Syphilis Erfolg gehabt mit Bädern, welche 1 g Jod und 25 g Jodkali enthielten, ferner mit Application von Compressen, welche mit einer 5proc. Jodkalilösung durchtränkt waren.

Gaucher-Paris bespricht die **Aetiologie der Vitiligo** und glaubt, es gäbe eine toxische (Autointoxication) und eine nervöse Pathogenese.

Sitzung vom 8. August.

Die Syphilis und deren Associationsinfectionen.

Duncan Bulkley-New-York, Referent, macht folgenden Eintheilungsversuch: I. Doppelte, gleichzeitige oder primäre Infection: a) Syphilis, begleitet von einer localen Krankheit (einfacher Schanker), b) von einer allgemeinen Syphilis und Vaccine, Syphilis und Erysipel, Syphilis und Tuberculose, Syphilis und Typhus u. s. w. II. Doppelte, nachfolgende Infection: a) Syphilis und die vorgenannten Krankheiten, Syphilis und Ekzema seborrhoicum, Syphilis und Psoriasis, Syphilis und Lupus, Syphilis und Epitheliom; b) Syphilis, der Infection nachfolgend: Syphilis und die genannten Affectionen. Man muss im Auge behalten, dass die beiden Affectionen ihren normalen Verlauf gegenseitig a) verlangsamen, b) beschleunigen und c) modificiren können.

Ducrey-Pisa, Correferent: Alle Infectionen scheinen sich mit Syphilis associiren zu können. Man muss unterscheiden: a) Die Association localer Infectionen (einfacher Schanker, localisirte pyogene Infectionen, Epidermophyten u. s. w. b) Infectionen, welche gewöhnlich locale Wirkung, aber zuweilen auch allgemeine Wirkung haben (Gonorrhoe, Hauttuberculose u. s. w.). c) Die Association wirklich allgemeiner Infectionen acuten Verlaufes (Typhus, Diphtherie, Influenza, Erysipel u. s. w.) oder chronischen Verlaufes (Tuberculose, Malaria, Lepra u. s. w.) mit der Syphilis. Einige Beobachtungen sprechen dafür, dass die Gonorrhoe den Verlauf der Syphilis schwerer gestaltet, dass beim Manne die Localisation der ersteren auf Hoden und Nebenhoden zu Hodensyphilis disponirt. Typhus mildert meist, wenn er zur Heilung kommt, die Syphilis und bringt sie sogar völlig zum Stillstand. Erysipel beschleunigt in hohem Grade die Entwicklung der activen syphilitischen Erscheinungen, ja bringt zuweilen völlige Heilung. Man erlebt oft, dass die Syphilis den Boden für die Tuberculose präparirt und in solchen Fällen hat die Lungentuberculose oft einen ausserordentlich raschen Verlauf. Die Syphilis hat bei den Tuberculösen oft eine besonders schwere

Form, es ist nicht selten, dass sie sich an den Prädilectionsstellen der Tuberculose localisirt. Auch die Malaria verschlimmert für gewöhnlich beträchtlich die Syphilis; schliesslich lehrt die Klinik, dass Syphilis und Lepra bei ein und demselben Individuum existiren können.

Hallopeau-Paris, Correferent, bespricht die schon von den Vorrednern genannten Affectionen, die sich mit Syphilis associiren können. Gewisse Allgemeininfectionen können vorübergehend oder dauernd die Wirksamkeit des syphilitischen Giftes hemmen; es ist das mit den Fieberkrankheiten im Allgemeinen und mit dem Erysipel im Speciellen der Fall. Besonderes Interesse erfordern ausser der Coincidenz von Syphilis und Gonorrhoe, von Syphilis und Tuberculose und deren Behandlung die sogen. Bastardformen, wozu H. gleichzeitiges Bestehen von Syphilis und Seborrhoe rechnet.

Neisser rechnet zu letzteren die Association von Syphilis und Psoriasis. Was die maligne Syphilis betrifft, so glaubt N., dass sie nicht immer Folge einer Mischinfection ist, sondern häufig einer speciellen Disposition, einer Idiosynkrasie.

Petrini sah nicht immer von Erysipel einen günstigen Einfluss auf die Syphilis, sondern in einem Falle sogar das Gegentheil (tödtliche Meningitis). Er glaubt nicht, dass die Syphilis erhöhte Disposition zu Tuberculose schaffe.

Rona-Ofen-Pest hat ausser den bekannten Associationen die der Syphilis mit Aktinomykose und noch öfter mit Erythema multiforma und nodosum gesehen; er hat den Eindruck, dass es heilbringende Associationen gibt: Während der Dauer von Infectionskrankheiten sieht man die erythematösen Syphilide verschwinden, jedoch nicht die papulösen oder Condylome.

Spillmann-Nancy führt einen Fall von Heilung der Syphilis nach einem polymorphen Erythem (40° Fieber) an.

Du Castel beschreibt 2 Fälle, bei welchen durch Influenza wieder eine alte Syphilis aufgerüttelt wurde; bei einem weiteren durch Erysipel (Gummata).

Fournier hält die ganze Frage der Associationsinfection für noch nicht spruchreif. Es gibt für ihn jedoch nur 3 wirkliche Bastardformen der Syphilis, das sind die Association derselben mit Malaria, Krebs, Tuberculose. Deren Hauptzeichen und Verlauf beschreibt F. genauer.

Jullien erlebte einen Fall, wo eine von 3 Aerzten constatirte typische Sklerose nach einem Typhusfieber heilte und niemals mehr Syphilis auftrat.

Gaucher-Paris spricht über die pathologische Anatomie und Natur der Mycosis fungoides; er hält dieselbe für eine dem Sarkom verwandte bindegewebige Neubildung.

Petrini erinnert im Anschluss an einen von Wickham vorgestellten Fall, dass auch bezüglich der Behandlung die Mycosis fung. dem Sarkom ähnlich sei. In einem Falle letzterer Neubildung hat die Behandlung mit Natr. cacodyl. schliesslich völliges Verschwinden herbeigeführt.

Brocq hat bei einer Patientin mit schwerer Mycosis fung. mit Natr. cacodyl. und localer Elektricität (häufigen Wechselströmen) bedeutende Besserung erzielt.

Bodin berichtet über einen 3. Fall von Xanthoma elasticum, Balzer über einen 4.

Stern.

Vom Anthropologencongress in Halle.

24. bis 27. September 1900.

(Eigener Bericht.)

Das Jahr 1900 naht sich seinem Ende und mit ihm die Fluth der Congresse, die in diesem kurzen Zeitabschnitt in geradezu erdrückender Form sich zusammengedrängt hatten. Fast zu den letzten gehört die Versammlung der deutschen anthropologischen Gesellschaft, die fernab von den lieblichen Gestaden des Bodensees, wo sie 1899 ihre Zelte aufgeschlagen, auf mitteldeutschem Boden in Halle ihre diesjährige Tagung veranstaltete. Eine gewisse Congressmüdigkeit, vor Allem aber wohl die reizlosen Gefilde der Saalestadt hatten die Theilnahme nicht so rege gestaltet, als es in Lindau der Fall war, und besonders aus Süddeutschland waren nur Wenige dem diesjährigen Rufe gefolgt. Dies machte sich auch theilweise in der Tagesordnung geltend, die gegenüber den bedeutsamen Fragen, wie sie auf der Lindauer Versammlung zur Erörterung gelangten, dieses Jahr in eine Menge kleiner Mittheilungen und Details zerfiel, die culturgeschichtlich und ethnographisch wohl von Interesse waren, den grossen Zug jedoch, der frühere Verhandlungen durchwehte, vermissen liessen. So war auch der Antheil der Medicin auf der Hallenser Versammlung etwas mager und die Berichterstattung wird sich nur auf wenige Themata beschränken können. Den Reigen der für das speciell fachwissenschaftliche Gebiet in Betracht kommenden Vorträge eröffnete Dr. Schmid-Monnard-Halle mit interessanten Untersuchungen über den Werth von Körpermaassen zur Beurtheilung des Körperzustandes von Kindern. Bisher hatte man allgemein ein gesetzmässiges Verhältniss von Kopf zu Brust, Brustumfang zu halber Körperlänge, Grösse des Brustumfanges, sowie Verhältniss von Körperlänge zu Körpergewicht für die Beurtheilung des Körperzustandes eines Individuums angenommen, während Schmid-Monnard wesentliche Abweichung von jenen Regeln bei gesunden Kindern feststellen konnte. Durch die körperlichen Besonderheiten der verschiedenen Volksstämme wie durch die verschiedene sociale Lage werden erhebliche quantitative Abweichungen von jenen angegebenen Normen bewirkt, die sich ausser anderem auch vornehmlich in dem Verhältniss von Körperlänge zu Körpergewicht geltend machen. Der von Percy Boulton aufgestellte Satz, dass jedem Centimeter Körperlänge beim normalen Individuum eine ganz bestimmte gleichmässig wachsende Körpergewichtsmenge entsprechen müsse, ist nur insofern richtig, als bei normalen Kindern das Gewicht mit zunehmender Länge progressiv zunimmt. Irrthümlich dagegen ist die Angabe, dass die progressive Gewichtszunahme eine gleichmässige sei, Längen- und Gewichtswachsthum gehen vielmehr, wie Schmid-Monnard bei einem Material von über fünftausend Knaben und Mädchen im Alter von einem Monat bis vierzehn Jahren nachweisen konnte, im Kindesalter periodenweise vor sich und zwar in Schwankungen. Die Gewichtszunahme ist anfänglich sehr stark, dann wird sie geringer in der Zeit vom 6. bis 10., ja selbst bis 12. Lebensjahr, um dann wieder stärker anzusteigen. Diese Hemmung vom 6. Jahr ab dauert bei den verschiedenen Kindergruppen um so länger, je ungünstiger die socialen Verhältnisse sind. Ebenso ist die absolute Gewichtsmenge, welche auf einen Centimeter Körperlänge entfällt, geringer unter ungünstigen äusseren Verhältnissen, bei Mädchen um 7 bis 10 Proc., bei Knaben um 7 bis 9 Proc. Ferner wird bei ungünstiger Lebenslage die Körperlänge und das derselben entsprechende Gewicht erst in späteren Lebensjahren erreicht als bei Bessergestellten; die Unterschiede betragen bis zu zwei Jahren. So gelangen zu einem Gewichtsbestand von 211 g pro 1 cm Körperlänge die Halleschen Bürgerschüler im 11. Jahre, die Saalfelder Bergmannskinder im 12. Jahre und die ärmeren Halleschen Volksschüler erst im 13. Jahre. Seine Ausführungen veranschaulicht Schmid-Monnard durch eine Reihe von Tafeln, die u. a. das jeder Körperlänge entsprechende Körpergewicht bei normalen Halleschen Kindern enthalten. Wenn nun die Maasse eines Kindes den Durchschnittszahlen der Tabelle entsprechen, so kann man mit Sicherheit auf normalen Körperbau schliessen.

In die wogende Frage der Lehre von den Neuronen suchte ein Vortrag von Dr. Alsberg-Kassel über die protoplasmatische Bewegung der Nervenzellenfortsätze in ihren Beziehungen zum Schlaf zu führen, ein Versuch, dem jedoch Virchow unter Hinweis auf die noch nicht geklärte Frage der Stellung des Neurons in Anatomie und Physiologie entgegentrat. Alsberg berichtete über Untersuchungen, die Demoor in Brüssel hinsichtlich der Plasticität der Nervenzellenausläufer, die bekanntlich derartig wirken soll, dass durch Hochschieben und Zurückziehen der Nervenzellenausläufer oder durch anderweitige Structurveränderungen in letzteren die Verbindungen zwischen den Nervenzellen hergestellt bezw. zeitweilig unterbrochen werden, angestellt hat. Demoor fand nämlich, dass bei Mäusen, Meerschweinchen und Hunden, denen er eine Morphium- oder Chloralhydratlösung unter die Haut injicirt hatte, die stachelförmigen Ausläufer der Dendriten vollkommen verschwunden waren, und dass die Dendriten, sowie theilweise auch die Achsencylinder die Form eines Rosenkranzes oder einer Perlenschnur angenommen hatten. Andere Beobachter konnten diese rosenkranzähnliche Modification der Nervenzellenendigungen auch bei im Winterschlafe befindlichen Murmelthieren und Siebenschläfern nachweisen. Diese Phase des Nervenlebens, wo also durch Zurückziehung oder anderweitige Veränderung in der Beschaffenheit der Nervenzellenfortsätze die Verbindungen der Neurone zeitweilig unterbrochen sind und somit die Fortleitung des Nervenstromes von Nervenzelle zu Nervenzelle gehemmt ist, soll dem Schlafzustand, den zu erklären die Physiologie bisher nicht im Stande war, entsprechen. Mögen die Versuche Demoor's noch so einwandsfrei sein, die Schlüsse, die er, resp. sein Interpret Alsberg, daran knüpfen, sind vorläufig doch mehr wie gewagt.

Die folgenden, an dieser Stelle interessirenden Vorträge waren dem Gebiet der Morphologie entnommen und zwar behandelte Prof. Klaatsch-Heidelberg die morphologische Bedeutung des kurzen Kopfes des Biceps femoris und Prof. Eisler-Halle die Bedeutung des Musculus sternalis. Der Musculus sternalis, der neuerdings auch wie andere somatische Variationen vom vergleichend anthropologischen Standpunkt betrachtet wird, hatte bisher keine befriedigende Interpretation gefunden. Eine solche ist nur möglich auf Grund genauer Beobachtung der Innervation. Von 36 Sternales konnte an 17 eine Versorgung aus Aesten der N. thoracici ant., die zugleich einem Theil des Pectoral. maj. Zweige schickten, festgestellt werden. Der Sternalis war also in allen Fällen aus einer abgesprengten und verlagerten Portion der Pectoralisanlage hervorgegangen. Die Ursache liegt in einer Störung der normalen Entwicklung eines Theils des dünnen mittleren Pectoralisabschnitts. Die Störung wird, wie hauptsächlich Untersuchungen an anencephalen und normalen Foeten zeigen, durch eine abnorme Erweiterung eines oder mehrerer Intercostalräume auf der Sternalisseite zu Stande gebracht. Diese Erweiterung ist wiederum auf eine excessive Entwicklung eines der intrathoracalen, in der ersten Zeit des Foetallebens besonders energisch wachsenden Organe (Herz, Thymus) zurückzuführen. Der Sternalis ist somit weder eine retrospective (atavistische), noch eine prospective Variation, sondern gehört zu den selbständig gewordenen Aberrationen. Dadurch ist er aber für die vergleichende Anthropologie nicht verwerthbar. Prof. Klaatsch rollte mit seinem scheinbar nur

einen rein speciellen Muskel und dessen morphologische Entwicklung behandelnden Referat die gewaltige Frage der Stellung des Menschen in der Säugethierreihe und seine Abstammung wieder auf. Wieder — denn hatte er 1899 in Lindau sich bemüht, in grossen allgemeinen Zügen seine Auffassung, dass der Mensch eine ziemlich ursprüngliche Primatenform und diese selbst eine an die Wurzel des Säugethierstammes direct sich anschliessende Form sei *), zu skizziren, so nahm er in Halle das gleiche Problem, nur von einer anderen Seite aus, in Angriff, indem er nämlich an einem prägnanten Beispiel aus dem grossen Gebiete der vergleichenden Anatomie der Extremitäten der Primaten und Säugethiere einen von den mannigfachen Beweisen für die Richtigkeit seiner Theorie zu zeigen versuchte. Es handelt sich um jenen kleinen Muskel am Oberschenkel des Menschen, welchen man als den „kurzen Kopf" des M. biceps femoris bezeichnet, obwohl er, wie schon vor längerer Zeit Welcker erkannte, mit dem „langen Kopfe" des Biceps ursprünglich nichts zu thun haben kann; wird er doch aus dem Nervus peroneus versorgt, gehört somit der dorsalen Gliedmassenmusculatur an und ist nur functionell vereinigt mit dem aus dem Tibialis innervirten „Flexor cruralis lateralis" der niederen Säugethiere, als dessen Homologon beim Menschen der lange Bicepskopf erscheint. Die Herkunft dieses kurzen Kopfes war bisher in Dunkel gehüllt und die Verbreitung desselben, bezw. der ihm homologen Bildungen, war nicht aufgeklärt; die Einen erblickten in ihm einen Theil der Peronealmusculatur, die Anderen einen Theil der Glutaealmusculatur. Die vergleichend anatomischen Untersuchungen, die Klaatsch darüber anstellte, führten ihn zu dem Ergebniss, dass man es hier mit einem rudimentären Gebilde zu thun hat, welches sich in weiter Verbreitung bei den niederen Säugethieren findet, das aber nur beim Menschen und einigen Primaten in Folge der secundären Verbindung mit dem „langen Kopfe" sich zu erneuter functioneller Bedeutung erhoben hat. Ein typischer „Biceps femoris" kommt ausser dem Menschen nur ganz wenigen Formen zu, einigen Anthropoiden, vor Allem aber den amerikanischen Greifschwanzaffen, welche den Muskel in ähnlicher Form zeigen, zum Theil in bedeutender Entfaltung, und zugleich alle möglichen Stadien seiner secundären Vereinigung mit dem langen Kopf vorführend, als deren höchste Entwicklung beim Brüllaffen ein dem Menschen nahezu gleiches Verhalten sich ergab. Diese Befunde sind sowohl für das Muskelproblem, als auch für die Beurtheilung der amerikanischen Greifschwanzaffen von Interesse, welche eine bisher keineswegs gewürdigte Annäherung an die Menschenaffen und den Menschen erkennen lassen. Diese Erscheinung ist um so auffälliger, als eine Kluft die Greifschwanzaffen von allen niederen Affen der neuen Welt trennt und ebenso auch die Anthropoiden von den Thieraffen der alten Welt geschieden hat: Keine dieser niederen Affenformen besitzt den Biceps femoris! Derselbe kommt bei allen niederen amerikanischen Affen als letzter Rest des ursprünglichen Gebildes in Form eines schmalen und schlanken Muskelbandes vor. Klaatsch gelangt somit zu der Hypothese, dass die weite Verbreitung und die rudimentäre Natur dieses Bandes sowohl, wie des kurzen Bicepskopfes mit dem Untergang alter Einrichtungen in der Gegend des Fussgelenkes der Promammalier — ein ziemlich mächtiger dorsaler Gliedmassenmuskel erstreckte sich bei ihnen wahrscheinlich von der Caudalwirbelsäule bis zur Gegend des Fussgelenkes — zusammenhängt. Von diesem Urzustand aus sank der Muskel von den verschiedenen Säugethiergruppen, unabhängig von einander, zur Stufe des Muskelbandes herab. In grösserer Mächtigkeit blieb der rudimentäre Muskel nur da erhalten, wo er in eine neue Function eintrat, wo er sich verband mit dem Flexor cruris lateralis, einem Theil der Beugemusculatur, die ihn allmählich überlagerte. Das hier behandelte Muskelproblem liefert nach Klaatsch manchen Beitrag zur Frage der Stellung des Menschen in die Säugethierreihe. Das wichtigste Ergebniss erscheint ihm, dass die niederen Affen der alten Welt den Gluteocruralis — worunter man sowohl den primitiven Befund des Muskelbandes, wie den kurzen Bicepskopf selbst zu verstehen hat — ganz verloren haben. Die jetzt lebenden Affen sind einseitig umgebildete und zum grössten Theil degenerirte Formen. Je weniger ein Affe vom Ursprünglichen eingebüsst hat, um so menschenähnlicher erscheint er. Daraus aber gebt keineswegs hervor, dass in der Vorfahrenreihe Wesen wie Gorilla oder Orang existirt haben müssen. Die Untersuchungen Selenka's haben gezeigt, wie tief die Organisation dieser Formen durch die secundäre Ausbildung der Eckzähne modificirt worden ist. Ihre Jugendzustände stehen dem Menschen viel näher als die erwachsener Thiere. Also kann nur von einer Verknüpfung an der Wurzel des gemeinsamen Stammbaumes die Rede sein, und dies gilt schliesslich für alle Säugethiere. So offenbart sich nach Klaatsch im einzelnen Punkte jene Stellung der Formen, die er in seinen Ausführungen schon skizzirte. Die Aufreihung der einzelnen Befunde ergibt die Bahn, welche die menschliche Entwicklung von niederen Zuständen aus genommen. Hatte Prof. Klaatsch noch im vorigen Jahre lebhaften Widerspruch gefunden, so folgte dieses Mal seinen Ausführungen ungetheilter Beifall, der allerdings nicht zum Mindesten der scharfen Abwehr zahlreicher Angriffe, die wissenschaftliche wie unwissenschaftliche Kreise gegen ihn erhoben hatten, galt. Dr. Julian Marcuse-Mannheim.

*) Cf. Referat in No. 38 dieser Wochenschr. vom 19. IX. 1899.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 2. October 1900.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

Vortrag des Herrn **Rieck: Ueber Vaginifixur und Geburt.**

Vortragender hat die Leistungsfähigkeit der Vaginifixur am Material der Klinik Martin's, dessen Assistent er war, bezüglich des Ausbleibens von Recidiven der Retroflexion und speciell des Fehlens von Störungen nach späteren Conceptionen einer kritischen Prüfung unterzogen. Er kommt auf Grund einer ausführlichen Statistik zu einer warmen Empfehlung dieser von manchen Autoren mit dem Anathema belegten Operationsmethode. Besonders seit der Verbesserung der Operationstechnik, seit der Einführung der „niederen Vaginifixur" an Stelle der früher geübten „hohen" sind Geburtsstörungen völlig ausgeblieben. Nach der hohen Vaginifixur findet man bisweilen beim Eintritt der Geburt eine extreme Verlagerung des Muttermundes nach hinten und oben, und zwar hauptsächlich auf Kosten der vorderen Muttermundslippe, die lang ausgezogen wird, während die hintere nicht zur Entfaltung kommt. In derartigen Fällen wird der vordere Cervixschnitt oder gar die Sectio caesarea zur Beendigung der Geburt nöthig, mit den ungemein schweren Gefahren für das mütterliche und kindliche Leben. Diese Schädigungen, die vor Allem dazu beigetragen haben, die von Dührssen begründete Vaginifixur zu discreditiren, fallen bei niederer Vaginifixur fort. Vortragender demonstrirt die Verschiebung der topographischen Verhältnisse an einer Reihe von Tabellen und sucht nachzuweisen, dass durch die von Martin jetzt ausschliesslich geübte Operation Verhältnisse geschaffen werden, die den physiologischen am ähnlichsten sind. Die Hauptindication für die Operation gibt die durch alte Pelviperitonitis verursachte Retroflexio uteri fixata. — Von 1000 mit vorderer Kolpotomie operirten Frauen kann R. über 30 Geburten berichten, von denen 5 mit Störungen verliefen, die auf die Operation bezogen werden müssen. Bei diesen Patientinnen war die Vaginifixur noch nach der alten Methode gemacht. Die Gesammtmortalität der 1000 Vaginifixationen beträgt nur 1,5 Proc.

Discussion: Herr Kümmell verweist auf eine aus seiner Abtheilung hervorgegangene Arbeit von J. Schulz, die die Resultate der Alexander-Adams'schen Operation bei einer grösseren Serie von Fällen bespricht. K. ist mit dieser Methode sehr zufrieden, besonders wenn man die Ligamente besonders fest fixirt. Die bei 10 derart operirten Frauen später beobachteten Geburten verliefen völlig glatt. Selbst bei fixirtem Uterus empfiehlt sich die Anwendung dieses Verfahrens, indem man neben dem Ligament auf einer Seite in die Tiefe geht und mit einem Finger die Verwachsungen löst.

Herr Rieck betont, dass das Ausbleiben sichtbarer Narben ein nicht zu unterschätzender Vortheil der von ihm empfohlenen Methode sei. Werner.

Die Jahresversammlung der British Medical Association zu Ipswich.

(Schluss.)

Die Abtheilung für Pathologie fand unter dem Vorsitze **Klein's** statt, der über **Entzündung, Nekrose und Specificität der Zellsecretionen** sprach.

Dann sprach Dr. **Andrewes**-London über die **bacteriologische Diagnose der Diphtherie.** Er wies darauf hin, dass in den meisten Fällen die Diagnose in 24 Stunden gemacht sein muss und dass der Bacteriologe in dieser kurzen Zeit nur dem Kliniker sagen kann, dass er einen Bacillus gefunden hat, der dem Diphtheriebacillus morphologisch gleicht. Der Kliniker muss dann auf Grund seiner klinischen Diagnose und dieser theilweisen bacteriologischen Diagnose entscheiden, ob er Serum anwenden will oder nicht.

Voelcker-London eröffnete die Discussion über die **Pathologie der Lebercirrhose bei Erwachsenen und Kindern.** Redner gab in längerem Vortrag eine vortreffliche Uebersicht der verschiedenen Ansichten über Aetiologie und Pathologie der Lebercirrhose. Er selbst glaubt, dass ein oder mehrere Gifte auf die Leberzellen und das Bindegewebe einwirken und dass es von der Art des Giftes und der Widerstandskraft der Leberzellen abhängt, ob degenerative oder auch regenerative Processe sich abspielen. An die Neubildung von Gallengängen glaubt er nicht. Die in England häufig geltend gemachte Ansicht, dass excessives Biertrinken zur Bildung von Fettleber, der Genuss von Spirituosen dagegen zur Leberschrumpfung führt, hat sich ihm nicht bestätigt.

Flexner-Philadelphia gab Bericht über seine Versuche, durch Injection von **Bacterienproducten, Pflanzenalkaloiden und**

Blutserum bei Thieren Cirrhose zu erzeugen. Die Schädlichkeit wirkt zuerst auf die Leberzellen und führt hier zu Nekrosen, später kommt es erst zur Neubildung von Bindegewebe, in dem sich auch Gallengänge befinden. Namentlich sind die elastischen Fasern vermehrt. Der Tod tritt selten in Folge von Insufficienz der Leber, der Nieren oder des Herzens ein, sondern meist endet eine intercurrente bacterielle Infection das Leben.

Hektoen-Chicago liess durch Foullerton-London in seiner Abwesenheit eine Arbeit verlesen, die Bericht gibt über seine Versuche, **durch Injectionen von 2 bestimmten Bacillusarten bei Thieren Cirrhose der Leber zu erzeugen.** Es handelte sich in einer Gruppe von Experimenten um einen Bacillus aus der Gruppe der Colibacillen; er verursachte nur bei Meerschweinchen Cirrhosen und zwar wurden zuerst die Leberzellen nekrotisch, dann erst trat Bindegewebsentwicklung auf. Die zweite Gruppe von Experimenten, die auch an Meerschweinchen vorgenommen wurde, wurde mit einem Pseudodiphtheriebacillus angestellt und war auch von positiven Resultaten gefolgt.

Lazarus Barlow-London glaubt, dass die atrophische Cirrhose der Erwachsenen auf Excesse in Spirituosen zurückzuführen ist. Der pathologische Vorgang, der zur Lebercirrhose führt, ist nicht als ein entzündlicher aufzufassen, sondern es kommt erst zur Zerstörung der Leberzellen und dann zu einem vermehrten Wachsthum des normal vorhandenen Bindegewebes, wodurch die durch die Nekrose entstandenen Lücken ausgefüllt werden. Er vergleicht diesen Vorgang mit dem bei der Granularniere und bei der Sklerose des Nervensystems vorkommenden. Die sogen. unilobuläre oder biliäre Lebercirrhose will er, obwohl er ihr Vorkommen nicht bestreitet, doch nicht als getrennte Krankheitsbilder aufgefasst wissen. Die bei Kindern im Alter von 12 bis 16 Jahren zuweilen vorkommende Lebercirrhose, bei der neben starkem Ascites auch tiefer Ikterus vorhanden ist, ist als eine Späterscheinung congenitaler Syphilis anzusehen.

Barrat-London resumirte dann die von verschiedenen Seiten unternommenen Versuche, durch Unterbindung eines Gallenganges locale Cirrhose hervorzurufen, Experimente, die von positiven Resultaten gefolgt waren.

Lister-London sprach über einen von ihm secirten und untersuchten Fall, in dem sich eine Lebercirrhose sehr rasch an eine ulceröse Colitis angeschlossen hatte.

Fisher-Bristol beschreibt eine Anzahl von Fällen und sucht nachzuweisen, dass es sich in vielen Fällen von Lebercirrhose um eine entzündliche Wucherung des Bindegewebes handelt und dass die Leberzellen erst später zerstört werden.

Maxwell-London glaubt ,dass neue Gallengänge gebildet werden und beschreibt Präparate von Fällen, bei denen sich eine Lebercirrhose bei congenitalem Verschlusse des Ductus hepaticus gebildet hatte, und bei denen auch neue Gallengänge gefunden wurden.

In seinem Schlussworte tritt Voelcker für die entzündliche Entstehung der Lebercirrhose ein und bezweifelt, dass Syphilis so häufig die Ursache der Lebercirrhose bei Kindern sei.

Flexner-Philadelphia sprach dann über die **Aetiologie der tropischen Dysenterie.** Seine Beobachtungen wurden an amerikanischen Soldaten in den Philippinen gemacht. Er unterscheidet eine chronische Form der Krankheit, die mit Ulceration des Darmes einhergeht und bei der Amoeben ziemlich regelmässig gefunden werden. Keine Amoeben findet man bei der acuten Form, doch gelang es, hier einen Bacillus zu züchten, der mit dem von Shiga in Japan gefundenen Dysenteriebacillus identisch zu sein scheint.

Manson-London glaubt, dass viele Schädlichkeiten Dysenterie verursachen können und dass die verschiedenen klinischen Formen auch eine verschiedene Ursache haben.

In der Abtheilung für Augenheilkunde sprach der Präsident Brailey über **Kopfschmerzen im Gefolge von Augenaffectionen** und betonte, dass, je grösser die Augenstörung sei, um so seltener verursache sie Kopfschmerzen, da z. B. bei stark gestörter Accommodation der Patient bald jeden Versuch der Accommodation aufgebe. Dasselbe gilt für die Presbyopie, die nur ganz im Beginne Kopfschmerzen verursacht. Am häufigsten wird Kopfweh beobachtet bei Astigmatismus mit Asymmetrie der Achsen. Je grösser die Tendenz zu binoculärem Sehen ist, um so mehr wird der Kopf afficirt. Ceteris paribus leidet das mittlere Lebensalter und das weibliche Geschlecht am meisten.

Cross-Bristol sprach, gestützt auf 47 eigene Fälle, über die **Behandlung des chronischen Glaukoms.** Zur Stellung einer sicheren Diagnose ist Gesichtsfeldbestimmung unerlässlich; bei Glaukom besteht Einengung auf der nasalen Seite. Im Beginn des Leidens thut die Sklerotomie, die man mit dem Keratom und nicht mit dem Gräfe'schen Messer machen soll, gute Dienste; in späteren Stadien ist die Iridektomie vorzuziehen. Medicamentöse Behandlung allein thut selten gut.

Hern-Darlington führt die Iridektomie aus und sticht dann das Messer nach rückwärts durch Cornea und Ligam. suspensorium, um eine Communication zwischen vorderer Kammer und Glaskörper herzustellen, ein Verfahren, dem von Marshall-London vorgeworfen wird, dass es die Linse und den Ciliarkörper sehr gefährdet.

Dodd-London hält die Erfolge der Iridektomie für sehr zweifelhaft, er exstirpirt angeblich mit bestem Erfolg das obere Cervicalganglion des Sympathicus.

Grossmann-Liverpool hat grossen Nutzen von subconjunctivalen Einspritzungen von physiologischer Kochsalzlösung gesehen. Manchmal verwendet er 2 proc. Lösung. Es werden täglich 8—14 Tage lang Einspritzungen gemacht.

Bower-Gloucester empfiehlt prolongirte Behandlung mit Eserin und Cocain.

Berry-Edinburgh und der Präsident empfehlen frühzeitige Operation, am besten Iridektomie.

Dann eröffnete Berry-Edinburgh eine Discussion über die **Behandlung der Obstruction des Thränenabflusses.** Er empfiehlt frühzeitige Schlitzung des oberen Canaliculus, der aus anatomischen Gründen leichter zu sondiren ist. Je nach dem Inhalte des Sackes wird ausgespült oder sondirt, letzteres aber nur mit dünnen Sonden. Bei chronischen Fällen ist die Entfernung des Thränensackes indicirt; Entfernung der Thränendrüse ist zu verwerfen.

Bower-Gloucester und andere Redner glauben, dass viele Fälle durch zu energische Behandlung verschlimmert werden und empfehlen sehr vorsichtiges und seltenes Sondiren mit dünnen Instrumenten, die meisten Redner dagegen sprechen sich für ein mehr actives Vorgehen und namentlich für das Einlegen von Dauerdrains aus.

Es folgten noch eine Anzahl von zum Theil recht interessanten casuistischen Mittheilungen.

In der Abtheilung für Kinderkrankheiten gab es zuerst einen Vortrag von Tirard-London über die **Natur und die Varietäten der Pneumonie im Kindesalter,** mit nachfolgender Discussion, aus der nur hervorgehoben sei, dass das Antimon in England noch immer seinen Platz in der Behandlung der Pneumonie behauptet. Es scheint nicht nöthig, die Kinder streng abzusondern, da die Krankheit kaum übertragbar ist.

Dann hielten Thomson und Turner-Edinburgh einen durch zahlreiche Demonstrationen illustrirten Vortrag über die **Entstehung des congenitalen Stridor.** Sie glauben, dass der Ton im Larynx entsteht und zwar hauptsächlich durch einen Krampf der aryteno-epiglottischen Falten. Die von den Vortragenden ausgesprochenen Ansichten fanden unter den Zuhörern wenig Beifall.

Williams-London eröffnete eine Discussion über **Skoliosen,** die nichts Neues brachte, im Allgemeinen wird in England immer noch das Hauptgewicht auf das Anlegen von Stützapparaten gelegt, während die Uebungsbehandlung mehr in den Hintergrund tritt.

Nach einem längeren Vortrage **Noble Smith's**-London, in dem empfohlen wird, beide Hände von Jugend auf gleichmässig auszubilden, spricht Little über 115 Fälle von **Kinderlähmung,** bei denen 147 Glieder ergriffen waren. Er gab eine genaue Statistik über die erkrankten Theile und empfahl dann die in vielen Fällen erfolgreiche Sehnenüberpflanzung.

Es folgte ein Vortrag von West-London über **Milzvergrösserung im Kindesalter,** in dem er besonders auf die Anaemia splenica einging, die bei Kindern anders wie bei Erwachsenen häufig in Genesung übergeht. Therapeutisch kommt ausser specifischen Mitteln gegen Malaria und Lues namentlich das Eisen in Frage, das dem Arsen bedeutend überlegen ist.

Nicoll-Glasgow gibt die Krankengeschichte eines Kindes, das an congenital-hypertrophischer Stenose litt und das er im Alter von 6 Wochen nach der Loretta'schen Methode operirt und geheilt hatte.

Corlette-Sydney sprach dann über die **Ursache des kindlichen Scorbuts,** die er im Genusse gekochter oder sterilisirter Milch sucht. Die Krankheit ist desshalb häufiger bei Kindern der besseren Classen. Die Milch enthält ein antiscorbutisches Element, Calciumcitrat, das in der Menge von 1 g per Liter vorkommt. Dies wird beim Kochen zum grossen Theile ausgefällt. Will man gekochte Milch verabreichen, so setze man alkalische Phosphate zu, die das Citrat in Lösung halten, am besten aber verwendet man nur pasteurisirte Milch. Gossage-London empfiehlt den Zusatz von alkalischen Citraten.

In der Abtheilung für Pharmakologie und Therapie eröffnete der Vorsitzende Smith-Dublin eine Discussion über die **Behandlung der innerlichen Blutungen.** Redner glaubt, dass nur wenig Kranke an Lungen-, Magen- oder ähnlichen Blutungen sterben, er bezweifelt die Fernwirkung der sogen. Haemostatica und empfiehlt Ruhe, Morphium und Entleerung des Darmes; andere Redner empfehlen warm Tabletten aus Nebennierensubstanz; Chlorcalcium dagegen scheint wieder ziemlich verlassen zu sein.

Es folgten 3 Vorträge über die **Chemie der Jaborandialkaloide und ihre pharmakologische Wirkung** von Jowett und Marshall, aus denen hervorgeht, dass das Pilocarpinum nitricum der wirksame Bestandtheil in den verschiedenen Präparationen ist und dass dies allein verschrieben werden sollte.

Bokenham-London und Andere sprachen über **Serumtherapie** und empfahlen ausser dem Diphtherieserum vor Allem auch das Antistreptococcenserum.

Es folgte eine Discussion über **Diät in der Behandlung von Krankheiten,** die nichts Neues brachte, dann eine weitere über die Behandlung des gichtischen Ekzems. Martyn-Bath empfiehlt Fleisch, Stärke, Zucker und Alkohol möglichst zu beschränken und Citronen und Erdbeeren völlig zu vermeiden. Warme, aber poröse Kleidung wird empfohlen, namentlich geeignet ist ein Zellstoff aus Baumwolle.

Karlsbader Salz, Wismuth und Alkalien werden innerlich mit Nutzen gegeben, während die sogen. Harnsäurelöser nutzlos sind. Bei trockenem, nicht juckendem Ekzem gibt man Arsenik, bei den

irritirenden Formen Antimon. Warme alkalische Bäder sind oft sehr nützlich, local wendet man je nach dem Befund Salben oder Umschläge an, Carbol und Theer kommen bei den trockenen Formen in Frage. Aufenthalt an der See verschlechtert stets den Zustand.

Given-Liverpool wendet sich gegen den Ausdruck „gichtisches" Ekzem, der nicht berechtigt sei, auch die Gichtmittel sind desshalb nutzlos.

Tunnicliffe-London spricht über den **Nährwerth und die Herstellung des Casein (Plasmon)** und **Scott**-London über die **Prophylaxe der Oxalurie.**

Dann verliest **Ross** eine Arbeit über die **Behandlung der Herzstörungen im Alter;** er empfiehlt neben geeigneter Diät besonders Strophanthus, das dem Digitalis weit überlegen ist und lange Zeit hindurch genommen werden kann.

Der letzte Sitzungstag brachte eine Reihe von Vorträgen über **Behandlung der Lungenschwindsucht und über Sanatorienwesen,** die dem deutschen Leser nichts Neues bringen; zum Schluss sprach **Ewart**-London über die **subcutane Einverleibung des Sauerstoffs,** die in schweren Fällen Nutzen bringen kann und nie schadet.

In der Section für Hals- und Ohrenleiden sprach der Präsident **Spicer** zuerst über die **Behandlung der nasalen Obstruction** und weist darauf hin, dass zahlreiche Fälle als Adenoide gedeutet und operirt werden, ohne dass wirklich Wucherungen vorhanden sind. Man findet in diesen Fällen Skeletveränderungen der Nase und des Gaumens und die Operation bringt natürlich keinen Nutzen. Es muss desshalb mehr in der Nase operirt werden und jede noch so geringe Obstruction beseitigt werden; der Operation muss eine gründliche Nachbehandlung folgen. (Es scheint dem Refer., als ob der Redner hier den Teufel des zuviel im Rachen operiren durch den Beelzebub der allzuhäufigen Nasenoperationen austreiben wolle.)

Es folgt eine Rede von **McBride**-Edinburgh über **intranasale Therapie bei Ohrenleiden,** in der ein operatives Vorgehen gegen Nasenobstructionen als Heilmittel bei katarrhalischen und sklerotischen Ohrenleiden (Taubheit) empfohlen wurde. In der folgenden längeren Discussion konnte keine Einigung erzielt werden, da das Operiren von manchen Rednern warm empfohlen, von anderen als gänzlich nutzlos, ja schädlich verworfen wurde.

Von grösserem Interesse war die durch **Williams** und **Horne**-London eingeleitete Discussion über die **Pathologie und Behandlung der toxischen Lähmungen des Larynx.** Es handelt sich um Lähmungen nach Infectionskrankheiten (meist Diphtherie) und bei Vergiftungen (meist Blei). Therapeutisch hat man die Ursache zu bekämpfen und ferner local zu elektrisiren und grosse Dosen von Strychnin zu geben. Oft muss tracheotomirt oder intubirt werden.

Weitere Vorträge behandelten die **Pathologie und Therapie des Verlustes der Singstimme,** worüber **Horne**-London sprach, dann die **Bezold'sche Complication der Mastoideiterung** von **Waggett** und das **Stirnhöhlenempyem** von **Tilley**-London.

In der Abtheilung für Tropenkrankheiten sprach der Präsident **Macleod**-Netley über **Krankheiten des südafrikanischen Feldzuges.**

Dann kam ein sehr interessanter Vortrag von **Giles** über **Ankylostomiasis.** Redner glaubt den Dimorphismus (Heterogenesis) für diese Rhabditen nachgewiesen zu haben. Sie leben und vermehren sich im Koth. Es gelang ihm, im Laboratorium geschlechtsreife Thiere zu züchten; die Eier in den Weibchen glichen durchaus denen, die er in denen der parasitischen Form fand.

Die Embryonen sterben in klarem Wasser bald ab, in Koth jedoch entwickeln sie sich bei warmer Temperatur schon in 4 Tagen zu geschlechtsreifen Würmern. Er glaubt, dass die Parasiten ein für den Menschen sehr schädliches Toxin produciren.

Fearnside, der seine Studien in Indien gemacht hat, glaubt, dass die Anwesenheit des Ankylostoma gewöhnlich unschädlich ist und erst gefährlich wird, wenn der Träger an Malariakachexie leidet. Thymol ist ohne Wirkung.

Rogers, der die Krankheit in Assam studirt hat, kommt zu ähnlichen Schlüssen. Baker dagegen, der in Burma Beobachtungen angestellt hat, hält die Anwesenheit der Würmer stets für gefährlich. Manson-London bricht eine Lanze für die vermifuge Wirkung des Thymol und empfiehlt als Prophylacticum das Kauen der Bethelnuss.

Macleod, Cantlie, Smith und **Bassett-Smith** sprachen über die **Behandlung des Leberabscesses.** In Fällen, in denen der Abscess in die Pleurahöhle durchgebrochen ist, lasse man die Leber in Ruhe, behandle aber die Pleuraaffection. Bei der Probepunction, von der ein ausgiebiger Gebrauch gemacht werden soll, kann man die Nadel ziemlich tief einstechen. Bei einem Leibesumfang von 32 Zoll liegt das Centrum der Vena cava inferior 4½ Zoll unter der Oberfläche. Zur Diagnose kann man die X-Strahlen benutzen, da man durch sie die Höhe des Zwerchfellstandes nachweisen kann.

Manson wendet sich gegen Smith, der die transpleurale Operationsmethode empfiehlt und erklärt diese Behandlung für zu gefährlich. Er selbst sticht einen Trocar ein, entleert den Eiter und führt durch die Trocaröffnung ein Drain ein; auch Cantlie und Macleod empfehlen diese Methode als vollkommen sicher und leicht ausführbar.

Williamson-Cypern berichtet über den **Biss einer Hymenopteraart** (in Cypern Sphalangi genannt), durch welchen nicht selten Anthrax auf den Menschen übertragen wird.

Zum Schluss stellte **Hutchinson**-London einen jungen Mann vor, der an **Yaws (Framboesia)** litt, die er an der Westküste von Afrika acquirirt hatte. Hutchinson benutzte die Gelegenheit, um sein altes Steckenpferd von der Identität der Syphilis und der Framboesia zu reiten und es entspann sich eine lebhafte Discussion zwischen ihm und einigen anwesenden Tropenärzten, in welcher dieselben Hutchinson's Ansicht als durchaus unrichtig bekämpften. Der vorgestellte Fall wurde von allen Anwesenden für Syphilis gehalten.

Es bleibt noch übrig, über die neugeschaffene Abtheilung für die Flotte, das Heer und das Ambulanzwesen zu berichten, die unter dem Vorsitze von Dr. Ninnis abgehalten wurde. Nach einer einleitenden Rede des Präsidenten, der aus eigener Erfahrung die grossen Schwierigkeiten schilderte, die sich dem Marinearzte in der Ausübung seines Berufes entgegenstellen, folgten eine Reihe von Vorträgen, die sich mit der Organisation, der nothwendigen Vermehrung des Sanitätscorps und der Neuschaffung eines freiwilligen Sanitätscorps befassten. Treves-London, der über das letztgenannte Thema sprach, beschrieb seine Erlebnisse als consultirender Chirurg in Südafrika und drückt noch einmal seine Ueberzeugung aus, dass Frauenpflege im Kriege nicht wünschenswerth ist, wenigstens nicht in der Front.

Dann sprach **Hutton**-Leamington über **erste Hilfe und Krankentransporte bei Unglücksfällen und Krankheiten im bürgerlichen Leben in grossen Städten.**

Ein ähnliches Thema behandelte **Marshall,** der ausgedehnte Belehrung aller Polizisten, Beamten u. s. w. im Ambulanzdienst verlangt.

Caverhill empfiehlt die Schaffung von berittenen Trägercompagnien, wie sie sich in Südafrika bewährt haben, da sonst die Cavallerie leicht ohne ärztliche Hilfe ist.

Clinton Dent-London, der auch in Südafrika thätig war, spricht über **moderne Kleingewehrverwundungen** und drückt seine Ueberzeugung aus, dass das äusserst günstige Klima und die von Menschen freien Hochebenen Südafrikas mehr zum günstigen Verlauf der recht günstigen Schüsse beigetragen haben, als die oft nur mangelhaft durchgeführte aseptische Behandlung.

Ein Vortrag von **Colborne** über **ansteckende Krankheiten auf Schiffen** schloss die Sitzung dieser Abtheilung.

J. P. zum Busch-London.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 7. August 1900.

Die Menstruation und die Brunstzeit der Thiere. Rolle des As im Organismus.

Armand Gauthier kam aus den Folgen, welche speciell die As-Darreichung bei kranken Frauen hatte (reicheren Haarwuchs, glänzendere Haut, regelmässigere Menstruation), zu der Ueberzeugung, dass zwischen Function der Geschlechtsorgane, jener der Schilddrüse und dem Wachsthum der Haare, Nägel und Fell der Thiere ein gewisser Zusammenhang bestehe. Andererseits wusste G., dass bei Dysmenorrhoe oder einfachem Aufschub der Menses das wirksamste Medicament Jod ist, innerlich genommen oder durch die Haut resorbirt; nun sind die Haare und Nägel, welche unter dem Einflusse der As-Behandlung stärker wachsen, normaler Weise nach der Schilddrüse die an As und J reichsten Organe: durch diese also gibt die Schilddrüse die 2 Elemente ab, welche sie in der Form specifischer Proteide aufgespeichert hat. Diese Thyreoidproteide (As und J) beleben den ganzen Organismus und bewirken die Reproduction der Gewebe, werden aber speciell von den Organen des Ectoderms, Gehirn und Haut, angezogen; diese letztere benützt die Proteide zum Wachsthum der Haare und zur steten Neubildung der Haut. Das As und J dieses Ursprungs zersetzen sich sodann beim männlichen Individuum durch den Abfall der Haare und die epidermale Desquamation, beim weiblichen Individuum wendet sich der Ueberschuss dieser an P-, As-, J-reichen Substanzen periodisch gegen die Geschlechtsorgane, von welchen sie zur Entwicklung des Foetus benützt oder bei Unfruchtbarkeit ausgestossen werden. So würden sich Ursprung, Mechanismus und Zweck der Menstruation erklären lassen, ebenso wie die Beziehungen, die zwischen den Functionen der Geschlechtsorgane, der Schilddrüse und der Haut bestehen — wie wenigstens Gauthier glaubt.

Sitzung vom 21. und 28. August 1900.

Lancereaux spricht über **neuropathische Haemorrhagien der Geschlechts- und Harnorgane,** d. h. solchen, welche sicher ohne irgend welche anatomische Grundlage vorkommen und intermittirende Blutungen in Folge einer Erkältung, einer starken Aufregung, in Folge Unterdrückung der Menses oder von Haemorrhoiden darstellen. Die Dauer solcher Blutungen beträgt einige Tage bis mehrere Wochen oder sogar Monate, sie sind selten gefährlich. Die besten Mittel sind Chinin 0,8—1,5 g, Douchen, kalte Waschungen.

Zambaco-Pascha berichtet über eine solche typische **Blasenblutung** bei einem Haemorrhoidarier.

Lancereaux bespricht weiterhin die **neuropathischen Haemorrhagien der Athemwege (Epistaxis und Haemoptyse).** Die Epistaxis ist, häufiger im jugendlichen, wie im späteren Alter, gewöhnlich der Beginn dieser nervösen Blutungen, die in Folge von Ermüdung, Erkältung u. s. w. besonders gern beim Jahres-

zeitenwechsel (Uebergang des Winters zum Frühjahr) vorkommen. Die Lungenblutungen sind häufig gegen das Ende der Wachsthumsperiode und werden oft fälschlicher Weise für Lungentuberculose gehalten. Individuen mit chronischem Rheumatismus, Gicht und Hysterie sind speciell dazu disponirt, ferner sind Menstruationsanomalien eine bekannte Ursache dieser Blutungen. Prophylaktisch können dieselben bekämpft werden durch Hydrotherapie und Muskelübung; die eigentliche Behandlung besteht in absoluter Ruhe, Opium, Ergotin- und Chininpräparaten, eines der besten Mittel zur Abkürzung der Anfälle ist ein Brechmittel von 2 g Ipecac. in wässeriger Lösung, welches die Gefässe der Athemwege wieder zum Verschluss bringt.

Testevint und **Remlinger**, Militärärzte, besprechen die **specielle Disposition der arabischen Rasse zu Pneumonie**, während mit Typhus z. B. das Umgekehrte der Fall sei (beinahe völlige Immunität).

Dupaigne-Louveciennes verliest eine Arbeit über **die Anaesthesie des Rückenmarks** (Anaesthésie médullaire) mit Cocain, speciell in der Geburtshilfe. St.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Lombardisch-venetianischer Congress zu Padua.

In den Verhandlungen vom 16.—18. Juni 1900 nahm die Frage der **Tuberculose** einen breiten Raum ein. Bemerkenswerth erscheint der Vorschlag **D'Antona's**, eine Reihe von Seehospizen der Küste entlang zu errichten zur prophylaktischen Bekämpfung der Skrophulose. In diesen sollen die Kinder Monate und Jahre bleiben und erzogen werden, bis sich ihr Körper gekräftigt hat.

Akademie von Messina.

Aus der Sitzung vom 27. Juni 1900 erwähnen wir die Experimentaluntersuchungen **Gaglio's** über die **Wirkung des Atropins auf die Ausscheidung der Salzsäure im Magensaft.** Die kleinsten Dosen von Atropin lähmen, ohne das Allgemeinbefinden des Thieres zu stören, die Nervenfasern, welche die Magensaftsecretion besorgen und im Stamme des Vagus auslaufen, indem sie die vasomotorischen und die motorischen Fasern des Magens intact lassen. Das Atropin lähmt nicht nur die auf dem Reflexwege zu Stande kommende Magensaftabsonderung, sondern auch diejenige, welche die Anwesenheit der Speisen im Magen verursacht. In der That sammelt man, wenn ein Thier, welches Atropin genommen hat, Fleisch frisst, stundenlang nachher aus dem Magen eine trübe röthliche Flüssigkeit gleich unverändertem Fleischsaft, kaum sauer und ohne Salzsäurereaction.

Nach stärkeren Atropingaben dauert die Aufhebung der Salzsäureausscheidung zwei bis drei Tage lang; der Mageninhalt wird faulig.

Aus diesen Experimenten folgt, dass es eine primäre directe und vom Nervensystem abhängige Ausscheidung von Salzsäure im Magen gibt und die Berechtigung der Anwendung des Atropins bei der Gastrosuccorrhoe oder dem Morbus Reichmann.

In der gleichen Sitzung macht **Vinei** Mittheilungen über den **Einfluss des Nervensystems auf die Urinsecretion.** Durchschneidung der Cervicalmedulla zwischen dem 3. und 4. Wirbel soll vollständige, durch Injection von Diureticis nicht zu beeinflussende Anurie bewirken. Diese Anurie ist nicht bedingt durch Erniedrigung des Blutdrucks, da diese gleicher Weise auch bei Durchschneidung der Medulla cervicalis an anderer Stelle sich äussert, ohne zur Anurie zu führen.

V. ist geneigt, anzunehmen, dass zwischen dem 3. und 4. Cervicalwirbel ein wahres Innervationscentrum der Nieren, welches die Function dieser Organe regelt, liegt.

Hager-Magdeburg-N.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

Zur Anwendung des Natriumpersulfats bei der Behandlung der Tuberculose. Aehnlich wie das Natr. cacodyl. und die Vanadiumsalze zur Anregung bei schwächlichen Individuen empfohlen worden sind, hat Garel (Bulletin méd. No. 69, 1900) das Natr. persulfur. gegen die Tuberculose und zwar am Beginn oder höchstens im zweiten Stadium angewandt. Es ist nothwendig, sich eines chemisch reinen Präparates, des sog. Persodins, zu bedienen, ferner muss es nüchtern, wenn der Magen völlig leer ist, genommen werden. Nach den früheren Versuchen von Nicolas (16 Fälle) ist das Persodin in der Dosis von 0,15—0,3 ein ausgezeichnetes Aperitivum und ein magenstärkendes Mittel, welches den Allgemeinzustand und die Ernährung der Kranken zu bessern vermag. Garel wandte es in der Dosis von 0,2, 1 mal täglich 1½ Stunden vor dem Frühstück in ¼ Liter reinen Wassers genommen, an. Schon am zweiten oder dritten Tag hat der Kranke, dessen Abneigung vor dem Essen unüberwindlich in vielen Fällen von Tuberculose zu sein scheint, ein mächtiges Essbedürfniss. In den meisten Fällen hält der Appetit lange Zeit an, die Verdauung wird leichter, der Allgemeinzustand in jeder Beziehung besser. Nach 3 oder 4 Wochen muss man mit der Medication aufhören, um die Gewöhnung zu vermeiden und kann später wieder damit beginnen, wenn der Appetit von Neuem nachlässt. G. glaubt, dass das Persodin nicht nur bei Tuberculose, sondern bei allen Affectionen, welche Verlust des Appetits, Abneigung vor dem Essen und in Folge dessen allgemeinen Kräfteverfall bedingen, eine wichtige Rolle spielen wird. St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 9. October 1900.

— Als Tag des diesjährigen Zusammentrittes der bayerischen Aerztekammern wurde Montag, der 29. October l. Js. bestimmt.

— Der preussische ärztliche Ehrengerichtshof hat am 29. September cr. in Berlin unter Vorsitz von Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. Förster zum ersten Male getagt; die Mitglieder G. S.-R. Lent-Köln, G. S.-R. Dr. Bartels-Berlin, S.-R. Dr. Witte-Berlin, S.-R. Dr. Körner-Breslau, Prof. Dr. Löbker-Bochum, Dr. Liévin-Danzig und die ihnen beigeordneten Stellvertreter wurden durch Handschlag vereidigt.

— Die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder wird ihre diesjährige Haupt-Versammlung am 27. October, Abends 7 Uhr, im Sitzungssaale des Kaiserlichen Gesundheitsamts (Berlin, Klopstockstr. 19/20) abhalten. Ausser dem Jahresbericht und den geschäftlichen Mittheilungen werden mehrere Vorträge von berufenen Fachgelehrten gehalten. An die Sitzung schliesst sich ein Festmahl im Centralhôtel.

— Pest. Frankreich. Der Dampfer Niger der Messageries maritimes, an dessen Bord 2 Fälle von Pest vorgekommen waren, ist, nachdem er seit dem 30. August im Quarantänehafen von Marseille gelegen, am 13. September aus der Quarantäne entlassen. Die seinerzeit nach der Lazarethstation Klazomenä gebrachten beiden Kranken sollten nach einer Mittheilung vom 18. Sept. demnächst als genesen entlassen werden. — Grossbritannien. Nach einer Mittheilung aus Glasgow vom 22. September waren dort 2 weitere Todesfälle an der Pest vorgekommen und 3 nachweislich an dieser Seuche erkrankte und 2 krankheitsverdächtige Personen in Behandlung genommen. Darnach waren am 22. September 24 erwiesene Pestfälle und 2 verdächtige in Behandlung, ferner waren bis dahin insgesammt 6 Pesttodesfälle festgestellt. Unter Beobachtung befanden sich am gedachten Tage 88 Personen. Nach einer anderweitigen amtlichen Mittheilung vom Morgen des 20. September waren in der Stadt Glasgow am 13. September 2 Personen, alsdann am 14., 15., 16., 18. und 19. September je 1 erkrankt, und in der eben abgelaufenen Woche 2 gestorben. In einem Falle wurde erst nach dem Tode des Betroffenen Pest festgestellt, in 6 Fällen war unmittelbare Berührung mit früheren Pestkranken festzustellen, eine Erkrankte war die Ehefrau eines bei der Desinfection von Wäsche der Pestkranken beschäftigten Beamten. Als pestverdächtig war in der am 20. September endigenden Woche nur 1 Person in's Krankenhaus übergeführt, 7 andere waren, weil sie mit Pestkranken in Berührung gekommen waren, behufs Beobachtung abgesondert. — Türkei. In Smyrna galt die Epidemie am 18. September als erloschen, nachdem seit dem 31. Juli pestverdächtige Krankheitsfälle nicht mehr zur Anzeige gelangt waren. — Aegypten. In der Woche vom 15. bis 22. September kamen in Alexandrien noch 2 Erkrankungen und 2 Todesfälle an der Pest zur Anzeige. — Britisch-Ostindien. Nachdem während der heissesten Zeit des laufenden Jahres die Pest, ähnlich wie in früheren Jahren, beträchtlich abgenommen hatte, sind seit Mitte August in einzelnen Gegenden Indiens wieder Zeichen eines heftigeren Auftretens der Seuche bemerkt. Aus dem Staate Mysore wurden z. B. in der am 25. August endenden Woche 281 Pesttodesfälle, gegen nur 20 in der Woche vorher, gemeldet. Auch aus den Städten Belgaum und Puna, sowie aus den Bezirken Thana und Kolhapur sind für die am 25. August endende Woche weit mehr Pesttodesfälle als für die Woche vorher (zusammen 148 gegen 7) gemeldet. In Kalkutta sind während der bezeichneten Augustwoche angeblich 84 Personen an der Pest gestorben, was aber immer nur etwa dem zehnten Theile der in der zweiten Hälfte des März d. J. dort wöchentlich der Pest erlegenen Personen entsprechen würde; Karachi gilt seit dem 30. Juni als pestfrei, in Madras sind angeblich während des laufenden Jahres Todesfälle an Pest überhaupt nicht vorgekommen. Nach einer Mittheilung in der Bombay Government Gazette vom 6. September wurden in der Präsidentschaft Bombay während der Woche vom 17. bis 24. August 325 Erkrankungen (und 226 Todesfälle) an der Pest, d. h. 138 (112) mehr als während der Vorwoche festgestellt. Nach derselben Quelle belief sich während der 4 Wochen vom 29. Juli bis 25. August in der Stadt Bombay die Zahl der amtlich gemeldeten Erkrankungen (und Todesfälle) an der Pest auf 77 (44) — 49 (55) — 103 (58) — 104 (70)*). Die Gesammtzahl der Todesfälle während der letzten Woche (vom 18. bis 25. August) betrug in der Stadt Bombay nach dem Kirchhofsregister 1924, sie war zwar um 55 geringer als in der Woche vorher, aber um 1237 höher als in der entsprechenden Woche des Vorjahres. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in letzter Zeit zahlreiche Personen die Stadt verlassen haben; allein in der Woche vom 18. bis 25. August d. J. war die Zahl der abziehenden Personen um 1305 grösser als die der zugezogenen gewesen. — Philippinen. In der Woche vom 8. bis 14. Juli ist nur noch 1 Fall von Pest in Manila vorgekommen und tödtlich verlaufen, in der Woche vorher waren 4 Fälle gemeldet. Während der ersten 6 Monate des laufenden Jahres sind

*) Einschl. der als verdächtig bezeichneten Fälle sind nach derselben Zeitung 336 Pesttodesfälle in der am 25. August ablaufenden Woche vorgekommen, das wären 266 mehr als amtlich gemeldet.

ebendaselbst neueren Nachrichten zu Folge nacheinander 11 bis 35—49—44—17—11, zusammen 167 Pesttodesfälle vorgekommen. — Queensland. In der Woche vom 11. bis 18. August waren aus Townsville 3 neue Erkrankungen (und 1 Todesfall) bekannt geworden, aus Rockhampton 2 (1), aus Brisbane 1 (1). — In der Vorwoche sind nach dem amtlichen Berichte der Centralgesundheitsbehörde nicht 12, sondern nur 11 neue Fälle festgestellt, und zwar in Brisbane nur 2. (V. d. K. G.-A.)

— In der 39. Jahreswoche, vom 16. bis 22. September 1900, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Elbing mit 38,7, die geringste Kaiserslautern mit 8,2 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Beuthen, Elbing; an Unterleibstyphus in Hildesheim.

— Bekanntlich sind vor wenigen Jahren die deutschen Pathologen mit der Gründung einer „Deutschen Pathologischen Gesellschaft" dem von anderen Disciplinen gegebenen Beispiel gefolgt, ohne damit jedoch, wie es seitens der Chirurgen und Internen geschehen, auch einen neuen Congress in's Leben zu rufen; vielmehr bleibt die Jahresversammlung dieser Gesellschaft mit der Abtheilung für Pathologie der Naturforscherversammlung verbunden. Nur die Publication ihrer Verhandlungen hat die Gesellschaft selbständig in die Hand genommen und es liegt jetzt über die 2. Tagung in München der ausführliche Bericht vor (Verhandlungen der Deutschen Pathologischen Gesellschaft. Im Auftrage des Vorstandes herausgegeben vom derzeitigen Schriftführer E. Ponfick in Breslau. Berlin, S. Reimer. Preis 15 M.) Der reiche Inhalt des fast 500 Seiten starken Bandes, dem 7 Farbentafeln beigegeben sind, zeigt, dass dem wissenschaftlichen Werth der Verhandlungen durch die Vereinigung mit der Naturforscherversammlung, wie dies von anderer Seite befürchtet wird, gewiss kein Abbruch geschieht. — Das Gleiche gilt für die Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde (Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden, Preis 8 M.). Diese Gesellschaft hielt bereits ihre 16. Versammlung in der Abtheilung für Kinderheilkunde der 71. Naturforscherversammlung zu München ab. Wenn andere Gesellschaften diesem Beispiele folgten, so könnte sowohl die bestehende Congressfluth eingedämmt, als auch die etwas gesunkene Bedeutung der Naturforscherversammlung erfolgreich gehoben werden.

— Professor Fedor Krause, der bisherige chirurgische Oberarzt des städtischen Krankenhauses in Altona, hat seine Stellung als dirigirender Arzt der chirurgischen Abtheilung des Augustahospitals in Berlin mit 1. October l. Js. angetreten.

(Hochschulnachrichten.)

Berlin. Die Leitung der neuen Universitätsanstalt für Heilgymnastik wird Dr. Gustav Schütz, die der neuen Anstalt für Massage Prof. Dr. J. Zabludowski übernehmen.

Halle. Die Edinburger Obstetrical Society ernannte Prof. Fehling zum Ehrenmitglied (honorary fellow).

Heidelberg. Der ausserordentliche Professor der Psychiatrie Dr. G. Aschaffenburg hat eine Stellung als dirigirender Arzt der Abtheilung für geisteskranke Verbrecher am Strafgefängniss zu Halle a. S. (nicht Magdeburg, cf. vor. No.) angenommen. Er wird dieselbe am 1. April antreten.

Brüssel. Dr. De Boeck ernannt als a. o. Professor der Psychiatrie.

Genua. Habilitirt: Dr. C. Tarchetti für medicinische Pathologie.

Rio-de-Janeiro. Dr. A. Bittencoust wurde zum Professor der medicinischen Physik und organischen Chemie ernannt.

(Todesfälle.)

Am 3. ds. starb in Wiesbaden der Geheime Medicinalrath Dr. Heinrich Abegg-Danzig, 74 Jahre alt. Eine biographische Skizze nebst Bildniss dieses hochverdienten Arztes brachten wir anlässlich seines 50jährigen Doctorjubiläums in No. 22, 1898 dieser Wochenschrift.

Dr. A. Zarewicz, Privatdocent für Dermatologie und Syphilis in Krakau. — Dr. W. H. Lowe, früher Präsident des Royal College of Physicians zu Edinburgh. — Dr. A. Wynne Foot, früher Professor der Medicin am Royal College of Surgeons zu Dublin. — Dr. J. M. da Costa, früher Professor der Medicin am Jefferson Medical College zu Philadelphia. — Dr. A. W. Griggs, früher Professor der Medicin am Atlanta Medical College.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung: Dr. Rudolf Schneider, Augenarzt, appr. 1898, in München. Dr. Karl Alfred Eduard Fürst, appr. 1900, zu Heidingsfeld. Dr. Bollenhagen, Specialarzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, Dr. Julius Blumenthal, appr. 1900, Specialarzt für Hydrotherapie, beide zu Würzburg.

Verzogen: Dr. Wörlein von Sommerhausen, unbekannt wohin. Dr. Lochner, bezirksärztlicher Stellvertreter, von Thiersheim nach Schöllnach, B.-A. Deggendorf. Dr. Kurths von Marktleuthen nach Thiersheim.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Karl Schirmer in Schesslitz zum Bezirksarzte I. Classe in Hofheim. — Der prakt. Arzt Dr. Nikolaus Kienninger in Burgau zum Bezirksarzt I. Classe in Sonthofen. Der prakt. Arzt Dr. Xaver Pickl in Eichstätt zum Landgerichtsarzte dortselbst.

Versetzt: Der Landgerichtsarzt Dr. Wilhelm Wetzel in Schweinfurt seiner Bitte entsprechend auf die Landgerichtsarztstelle bei dem Landgerichte München II.

Erledigt: Die Bezirksarztsstelle I. Classe in Hof. Bewerber um dieselbe haben ihre vorschriftsmässig belegten Gesuche bei der ihnen vorgesetzten k. Regierung, Kammer des Innern, bis zum 18. October l. Js. einzureichen.

Aufruf

an sämmtliche Aerzte Deutschlands zur gemeinsamen Betheiligung an der vom unterzeichneten Comité unternommenen Krebssammelforschung.

Das unterzeichnete Comité, welches sich seit dem 18. Februar d. J. in Berlin constituirte, hat soeben an sämmtliche deutsche Aerzte unter dankenswerther Unterstützung seitens der Behörden ein Rundschreiben gesendet und darin die Bitte ausgesprochen, alle am 15. October d. J. in ärztlicher Behandlung befindlichen Krebskranken in ein vorgedrucktes Schema einzutragen. Da es sich um eine wissenschaftliche, im Interesse des Gemeinwohls unternommene Sache handelt, durch welche die Frage der Ursache, Uebertragung und Häufigkeit der Krebskrankheit gefördert werden soll, so richtet das unterzeichnete Comité an alle Aerzte Deutschlands die dringende Bitte, dieses Unternehmen durch möglichst genaue Ausfüllung der Frageblätter unterstützen zu wollen. Das unterzeichnete Comité spricht bereits im Voraus allen Aerzten seinen verbindlichsten Dank für die aufgewendete Mühe aus.

Comité für Krebsforschung.

Prof. Dr. E. v. Leyden, Geheimer Medicinalrath, Vorsitzender. Prof. Dr. Kirchner, Geheimer Medicinalrath, Dr. Wutzdorff, Kaiserlicher Regierungsrath, stellvertretende Vorsitzende. Dr. George Meyer, Schriftführer.

Amtlicher Erlass.

(Hessen.)

Entwurf eines Gesetzes, die Standesordnung und Ehrengerichte für die Aerzte des Grossherzogthums betreffend.

I. Allgemeine Bestimmungen.

Art. 1. Jeder Arzt, welcher im Grossherzogthum seinen Beruf ausübt, hat sich hierbei grösster Gewissenhaftigkeit zu befleissigen und durch sein Verhalten in wie ausserhalb der Berufsthätigkeit sich der Achtung würdig zu zeigen, die sein Beruf erfordert.

Als Verstoss gegen die Pflichten, welche dem Arzt sein Beruf gegenüber seinen Patienten und gegenüber seinen Standesgenossen auferlegt, ist insbesondere anzusehen:

Jede öffentliche Anpreisung (Reclame) in irgend welcher Form; der Kauf und Verkauf der ärztlichen Praxis; die missbräuchliche Bezeichnung als Specialist; die Ausstellung von Zeugnissen über die Wirksamkeit sogen. Geheimmittel; die gemeinsame Behandlung Kranker mit Nichtärzten und die Unterstützung der Krankenbehandlung durch Nichtärzte in irgend welcher Form; die Uebernahme eines Kranken vor beendigtem Heilverfahren aus der Behandlung eines anderen Arztes ohne vorausgegangene rechtzeitige Benachrichtigung des Letzteren; die Verweigerung der Assistenz in Nothfällen; die abfällige Beurtheilung der Behandlungsweise eines anderen Arztes Nichtärzten gegenüber; das Anbieten oder Gewähren von Vortheil irgend welcher Art an dritte Personen, um sich Praxis zu verschaffen; Erlass des Honorars oder Herabsetzung des Letzteren unter die Mindestsätze der ärztlichen Taxe gegenüber bemittelten Kranken — in der Absicht, sich damit andere Vortheile zu verschaffen; der Abschluss von Verträgen mit öffentlichen oder privaten Corporationen (Versicherungsgesellschaften, Kranken-, Unfall-, Invaliden- und ähnliche Kassen), in welchen ein Fixum oder ein nach der Zahl der Erkrankungsfälle zu bestimmender Honorarsatz vereinbart ist oder wenn bei Honorirung nach Einzelleistung mit dem Liquidationsbetrag unter die Mindestsätze der ärztlichen Taxe herabgegangen werden soll, — ohne dass der diesbezügliche Vertrag vor seinem Abschluss dem Vorstand der Aerztekammer zur Kenntnissnahme vorgelegt worden und unbeanstandet geblieben ist.

Aus politischen, wissenschaftlichen und religiösen Ansichten oder Handlungen, als solchen, können Verstösse gegen die Berufspflichten nicht abgeleitet werden.

Art. 2. Der Vorstand des ärztlichen Kreisvereins (§ 15 der Verordnung vom 28. December 1876 Reg.-Bl. No. 56) ist befugt, Aerzte, die ihren Beruf innerhalb seines Bezirks ausüben, auf die Unvereinbarkeit ihres Verhaltens mit der Standesordnung aufmerksam zu machen und ihnen Mahnungen zu ertheilen.

II. Aerztekammern.

Die in einer Provinz wohnenden Aerzte bilden eine Aerztekammer.

Die Kammer hat ihren Sitz in der Provinzialhauptstadt.

Art. 4. Jede Aerztekammer hat einen Vorstand von vier Mitgliedern, die ihren Vorsitzenden, sowie den Stellvertreter desselben, aus ihrer Mitte wählen. Der Vorstand wird alle drei Jahre, jedesmal innerhalb der letzten 2 Monate des Jahres, gewählt. Die Wahl wird zum erstenmal von einem Beamten der Provinzialdirection

unter Zuziehung von 2 Aerzten, als Urkundspersonen, in der Folge von dem Vorstand der Aerztekammer je am Schlusse seiner Wahlperiode geleitet. Für jedes Mitglied ist je ein Stellvertreter zu wählen.

Die Wahl geschieht schriftlich durch Einsendung des Stimmzettels bis zum bekannt gemachten Endtermin (Wahltermin) an den bestellten Wahlcommissär bezw. den Vorstand der Aerztekammer.

Jeder Stimmzettel muss den Namen des Wählenden und der von ihm gewählten Mitglieder und zwar in nachstehender Reihenfolge enthalten: 2 Mitglieder für den Ehrengerichtshof (Art. 35), 2 Stellvertreter derselben, 4 Mitglieder für den Vorstand der Aerztekammer, 4 Stellvertreter derselben.

Die Namen müssen die Gewählten und das Amt, für welches sie gewählt werden, genau bezeichnen.

Wahlberechtigt und wählbar sind alle approbirten Aerzte, welche in der Provinz ihren Wohnsitz haben, im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte sich befinden und welchen das Wahlrecht nicht entzogen ist (Art. 17 Ziff. 4). Die in Art. 44 Abs. 1 genannten Aerzte können zu Mitgliedern des Vorstandes der Aerztekammern nicht gewählt werden.

Art. 5. Der Vorstand hat, ausser der in vorstehendem Art. erwähnten Obliegenheit 1. die Verträge der Aerzte mit öffentlichen oder privaten Corporationen, welche nach Art. 1 zur Kenntnissnahme vorzulegen sind, zu prüfen und eintretenden Falls zu beanstanden; 2. die Wohlfahrtseinrichtungen für die Aerzte der Provinz, deren Einrichtung von den ärztlichen Kreisvereinen oder von anderen ärztlichen Vereinigungen beschlossen wird, auf deren Antrag zu leiten; 3. die bei den Aerztekammern zu errichtenden Kassen, welchen die Rechte einer juristischen Person verliehen werden, zu verwalten; 4. die Wahlen der von den Abgeordneten der Kreisvereine der Provinz zu wählenden Mitglieder für den ärztlichen Centralausschuss (§ 11 Abs. 3 der Verordnung vom 28. December 1876) zu leiten.

III. Ehrengerichte.

Art. 6. Für jede Provinz wird ein ärztliches Ehrengericht gebildet.

Das Ehrengericht besteht aus dem Vorstande der Aerztekammer der Provinz und einem Richter, der von dem Vorstand aus der Zahl der in der Provinzialhauptstadt angestellten Richter zu wählen ist.

Der Vorsitzende des Vorstandes der Aerztekammer ist zugleich Vorsitzender des Ehrengerichts.

Art. 7. Die allgemeine Staatsaufsicht über den Geschäftsbetrieb steht Unserem Ministerium des Innern zu.

Die Vorsitzenden der Ehrengerichte haben alljährlich einen schriftlichen Bericht über die Thätigkeit des Ehrengerichts dem Ministerium des Innern zu erstatten.

Art. 8. Zuständig ist dasjenige Ehrengericht, in dessen Bezirk der Arzt, gegen welchen das Verfahren gerichtet ist, zur Zeit der Einleitung des Verfahrens oder der Einreichung des Antrags seinen Wohnsitz oder, in dessen Ermangelung, die beanstandete Handlung begangen hat.

Streitigkeiten über die Zuständigkeit entscheidet der Ehrengerichtshof (Art. 35) endgiltig.

Wird die Unbefangenheit des Ehrengerichts angezweifelt, so hat auf Antrag einer Partei der Ehrengerichtshof hierüber zu entscheiden und eintretenden Falls einem anderen Ehrengericht die Zuständigkeit zu übertragen.

Art. 9. Erweist sich eine Maassnahme der im Art. 2 bezeichneten Art als erfolglos oder liegt eine schwerere Verfehlung gegen die Standesordnung vor, so hat der Vorstand des ärztlichen Kreisvereins das ehrengerichtliche Verfahren einzuleiten und zu diesem Zweck die zur Feststellung des Thatbestandes erforderlichen Erhebungen eintreten zu lassen, insoweit dies ohne Inanspruchnahme von staatlichen Behörden angängig erscheint.

Das ehrengerichtliche Verfahren muss eingeleitet werden, sobald ein Arzt bezüglich seines eigenen von Anderen beanstandeten Verhaltens dies beantragt.

Art. 10. Als Ehrenrath hat das Ehrengericht seine Vermittlung zur Beilegung von Streitigkeiten eintreten zu lassen, wenn der Antrag von einem dem ärztlichen Kreisverein nicht angehörigen Mitglied oder von einem Nichtarzt ausgeht oder gegen einen ausserhalb des Vereins stehenden Arzt gerichtet ist.

In Fällen dieser Art kann der Vorsitzende des Ehrengerichts die Vermittelung einem seiner Mitglieder übertragen.

Art. 11. Das Ehrengericht beschliesst und entscheidet in der Besetzung von 5 Mitgliedern.

Zu jeder dem Angeschuldigten nachtheiligen Entscheidung, welche die Schuldfrage betrifft, ist eine Mehrheit von $^4/_5$ der Stimmen erforderlich.

Diejenigen Mitglieder des Ehrengerichts, welche bei einer Angelegenheit betheiligt oder für befangen erklärt werden, sind bei einer Beschlussfassung über diese Angelegenheit ausgeschlossen und werden durch Stellvertreter ersetzt. Der Ausschluss und die Ersetzung durch Stellvertreter tritt ohne Weiteres ein, wenn Mitglieder der Ehrengerichte sich selbst für betheiligt oder befangen erklären; anderenfalls entscheidet hierüber endgiltig der Ehrengerichtshof.

Art. 12. Der Vorsitzende vertritt das Ehrengericht nach Aussen und vollzieht die von demselben auszustellenden Urkunden im Namen desselben. Er beruft die Sitzungen und ist verpflichtet, die Beschlüsse und Entscheidungen des Ehrengerichts zur Ausführung zu bringen.

Art. 13. Im Ermittelungsverfahren (Art. 9) sind die Aerzte verpflichtet, Aufschlüsse zu geben und auf die an sie ergehenden Ladungen zu erscheinen. Im Falle der Nichtfolgeleistung können Strafen bis zu 100 M. angedroht und vollstreckt werden, wogegen Beschwerde an das Ehrengericht gestattet ist.

Dem Ersuchen des Ehrengerichts und seines beauftragten Mitgliedes um Auskunft und protokollarische Vernehmung von Personen haben die Ortspolizeibehörden, sowie die Ehrengerichte des Landes zu entsprechen.

Art. 14. Bei allen Streitigkeiten zwischen Aerzten und Krankenkassen muss ein Vermittelungsverfahren eingeleitet werden. Für dasselbe sind 2 Mitglieder des Ehrengerichts im Voraus durch Wahl zu bestimmen. Zur Verhandlung ist ein Vertreter der zuständigen Aufsichtsbehörde neben 2 Vertretern der Krankenkasse einzuladen.

Art. 15. Das richterliche Mitglied des Ehrengerichts erhält eine nach der Zahl der Sitzungen und nach seiner sonstigen Thätigkeit zu bemessende Vergütung nach den von Unserem Ministerium des Innern zu bestimmenden Sätzen; bei auswärtigen Dienstgeschäften Tagegelder und Reisekosten nach den ihm im Hauptamte zustehenden Sätzen.

Die Geschäfte der ärztlichen Mitglieder des Ehrengerichts werden ehrenamtlich versehen; baare Auslagen werden ihnen jedoch erstattet; ausserdem erhalten sie ausserhalb ihres Wohnorts Tagegelder und Reisekosten nach Sätzen, die, wie vorher bestimmt, festgesetzt werden.

Art. 16. Die Verhandlungen und Erlasse der Ehrengerichte und ihrer beauftragten Mitglieder, sowie die an diese gerichteten Schriftstücke, sind frei von Gebühren und Stempeln.

IV. Ehrengerichtliches Strafverfahren.

Art. 17. Die ehrengerichtlichen Strafen sind: 1. Warnung, 2. Verweis, 3. Geldstrafe bis zu 2000 M., 4. zeitweilige und dauernde Aberkennung des Wahlrechts.

Die Strafen unter 2, 3 und 4 können gleichzeitig ausgesprochen werden.

In besonderen Fällen kann auf Veröffentlichung der Entscheidung in einem hierfür zu bezeichnenden Blatte erkannt werden. Die hierdurch entstehenden Kosten gehören zu den Kosten des ehrengerichtlichen Verfahrens.

Art. 18. Ist gegen einen Arzt wegen einer strafbaren Handlung die öffentliche Klage erhoben oder das Verfahren auf Zurücknahme der Approbation eingeleitet, so ist während der Dauer des Verfahrens wegen der nämlichen Thatsachen das ehrengerichtliche Verfahren nicht zu eröffnen und das eröffnete auszusetzen.

Ist im gerichtlichen Strafverfahren auf Freisprechung oder Einstellung des Verfahrens erkannt, oder ist das Verfahren auf Zurücknahme der Approbation eingestellt, so findet wegen der nämlichen Thatsachen ein ehrengerichtliches Verfahren nur insofern statt, als diese Thatsachen an sich und unabhängig von dem Thatbestand einer im Strafgesetze vorgesehenen Handlung oder des § 53 R.-Gew.-Ord. die ehrengerichtliche Bestrafung begründen.

Art. 19. Warnung, Verweis und Geldstrafe bis zu 100 M. können ohne förmliches ehrengerichtliches Verfahren, jedoch nur nach Gehör des Angeschuldigten, verhängt werden. Vor jeder Beschlussfassung dieser Art ist dem Angeschuldigten zu eröffnen, dass ihm das Recht zustehe, die Einleitung des förmlichen ehrengerichtlichen Verfahrens zu verlangen.

Art. 20. Ein nach dem vorhergehenden Artikel gefasster Beschluss ist in schriftlicher mit Gründen versehener Ausfertigung dem Angeschuldigten zuzustellen, welchem hiergegen Beschwerde an den Ehrengerichtshof innerhalb 4 Wochen zerstörlicher Frist zusteht.

Art. 21. Das förmliche ehrengerichtliche Verfahren besteht in Voruntersuchung und Hauptverhandlung.

Art. 22. Die Voruntersuchung wird durch einen Beschluss des Ehrengerichtes eröffnet, in welchem die dem Angeschuldigten zur Last gelegten Verfehlungen aufzuführen sind. In dem Beschluss ist der Untersuchungscommissär und der Vertreter der Anklage zu benennen.

Art. 23. Die Anklage vertritt der von Unserem Ministerium des Innern hierzu bestellte Beamte.

Art. 24. Der im Artikel 22 erwähnte Beschluss ist dem Angeschuldigten mitzutheilen und zugleich seine Ladung zu verfügen. Hiernach werden die Zeugen und Sachverständigen und die sonst zur Aufklärung der Sache dienenden Beweise erhoben.

Die Zeugen und Sachverständigen sind, insoweit erforderlich und zulässig, zu beeidigen. Die Beeidigung erfolgt n a c h der Vernehmung; im Uebrigen finden auf das Verfahren bei der Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen sowie bezüglich der Verweigerung des Zeugnisses oder Gutachtens und bezüglich der Zeugen- und Sachverständigengebühren die Vorschriften des 6. und 7. Abschnittes des ersten Buchs der R.-St.-P.-O. vom 1. Februar 1877 (§§ 48, 49, 51—57, 58 Abs. 1, 59—64, 66—68, 70, 71, Abs. 2, 72—80) entsprechende Anwendung.

Erscheint ein ordnungsmässig geladener Zeuge oder Sachverständiger nicht, oder verweigert derselbe ohne gesetzlichen Grund seine Aussage, so ist der Untersuchungscommissär berechtigt, das zuständige Amtsgericht um die eidliche Vernehmung zu ersuchen. Die Vorschriften der §§ 158—160 und 166 des Gerichtsverfassungsgesetzes finden entsprechende Anwendung.

Art. 25. Zu jeder Untersuchungshandlung ist ein vorher mittels Handschlags an Eidesstatt zu verpflichtender Protokollführer zuzuziehen.

Art. 26. Nach beendigter Untersuchung übergibt der Untersuchungscommissär dem Vorsitzenden des Ehrengerichts die Verhandlungen, unter gleichzeitiger Stellung seiner Anträge.

Sind diese nicht auf Einstellung des Verfahrens gerichtet, so ist gleichzeitig die Anklageschrift miteinzureichen.

Art. 27. Die Einstellung des ehrengerichtlichen Verfahrens erfolgt durch Beschluss des Ehrengerichts, von welchem eine Ausfertigung, mit Gründen versehen, dem Angeschuldigten zuzustellen ist.

Art. 28. Wird das Verfahren nicht eingestellt, so ist der Angeschuldigte unter abschriftlicher Mittheilung der Anklageschrift zu einer von dem Vorsitzenden des Ehrengerichts anzuberaumenden Sitzung zur Hauptverhandlung vorzuladen. Er hat zu erscheinen und kann sich durch einen Rechtsanwalt oder einen Arzt vertreten oder unterstützen lassen, dem in diesem Falle auf Ansuchen Einsicht der Acten zu gestatten ist.

Art. 29. Die Hauptverhandlung ist nicht öffentlich. Aerzten kann nach dem Ermessen des Vorsitzenden der Zutritt gestattet werden.

Art. 30. In der Hauptverhandlung gibt nach Verlesung des Beschlusses über die Eröffnung der Voruntersuchung ein von dem Vorsitzenden des Ehrengerichts aus der Zahl der Mitglieder ernannter Berichterstatter in Abwesenheit der Zeugen eine Darstellung der Sache, wie sie aus den bisherigen Verhandlungen hervorgeht. Hierauf erfolgt die Vernehmung des Angeschuldigten, sowie die Vernehmung der Zeugen und Sachverständigen. Die Aussagen der nicht geladenen, in der Voruntersuchung vernommenen Zeugen sind auf Anordnung des Vorsitzenden oder Antrag des Angeschuldigten zu verlesen.

Zum Schlusse der Hauptverhandlung werden der Vertreter der Anklage, sowie der Angeschuldigte und der von ihm zugezogene Vertheidiger gehört. Dem Angeschuldigten gebührt das letzte Wort.

Art. 31. Die Hauptverhandlung kann stattfinden auch wenn der geladene Angeschuldigte nicht erschienen ist.

Art. 32. Die Hauptverhandlung schliesst mit der Verkündung der Entscheidung, die nur auf Freisprechung oder Verurtheilung lauten kann, wenn nicht Aussetzung der Hauptverhandlung zum Behufe weiterer Aufklärung der Sache beschlossen wird.

Das Ehrengericht urtheilt nach seiner freien Ueberzeugung.

Eine Ausfertigung der mit Gründen versehenen Entscheidung ist dem Angeschuldigten zuzustellen.

Art. 33. Ueber die Hauptverhandlung ist ein Protokoll aufzunehmen. Dasselbe ist von dem Vorsitzenden und dem Protokollführer zu unterschreiben.

Art. 34. Gegen Entscheidung und Beschlüsse der Ehrengerichte steht sowohl dem Vertreter der Anklage als dem Angeschuldigten das Rechtsmittel der Berufung bezw. der Beschwerde an den Ehrengerichtshof zu.

Die Berufung bezw. Beschwerde ist bei dem Ehrengerichte, welches die angegriffene Entscheidung erlassen hat, schriftlich einzulegen und zu rechtfertigen.

Die Frist für die Einlegung beträgt vier Wochen und beginnt mit dem Tage, an welchem dem Angeschuldigten die Ausfertigung der Entscheidung oder des Beschlusses zugestellt worden ist. Aus besonderen Gründen kann zur Einreichung der Rechtfertigung die Frist um 14 Tage verlängert werden. Nach Ablauf der Frist sind die Acten an den Ehrengerichtshof einzusenden.

Art. 35. Der Ehrengerichtshof, welcher seinen Sitz in Darmstadt hat, besteht: 1. aus dem Vorsitzenden, welcher von Uns aus den Mitgliedern des Oberlandesgerichts für die Dauer des Verbleibens in dem Hauptamte ernannt wird, 2. aus je 2 von den Aerzten der Provinz für die Dauer von 3 Jahren gewählten Aerzten, welche gleichzeitig mit den Mitgliedern des Ehrengerichts gewählt werden (Art. 4 Abs. 3).

Für die unter 2 bezeichneten Mitglieder des Ehrengerichtshofs sind Stellvertreter für die gleiche Zeitdauer zu wählen.

Die Bestimmung des Art. 15 bezüglich der den richterlichen und den ärztlichen Mitgliedern des Ehrengerichts zu gewährenden Vergütung und Taggelder finden auf die Mitglieder des Ehrengerichtshofs entsprechende Anwendung.

Art. 36. Der Ehrengerichtshof beschliesst und entscheidet nach absoluter Stimmenmehrheit in der Besetzung von sieben Mitgliedern.

Zu jeder dem Angeschuldigten nachtheiligen auf die Schuldfrage bezüglichen Entscheidung ist jedoch eine Mehrheit von fünf Siebentel der Stimmen erforderlich.

Ein Mitglied, welches bei der angefochtenen Entscheidung mitgewirkt hat, ist von der Theilnahme und Beschlussfassung in der Berufungsinstanz ausgeschlossen.

Art. 37. Auf das Verfahren in der Berufungsinstanz finden die Vorschriften über das Verfahren vor dem Ehrengericht entsprechende Anwendung.

Der Vertreter der Anklage wird von Unserem M. d. I. ernannt.

V. Die Kosten und das Umlagerecht.

Art. 38. Die Ehrengerichte haben mit der Entscheidung zugleich über die Kosten zu erkennen, die dem Angeschuldigten im Falle seiner Verurtheilung je nach dem Umfang des Verfahrens im Betrag von 10 bis 70 M. aufzuerlegen sind.

Erweist sich eine bei dem Ehrengerichte erhobene Klage als offenbar leichtfertig, so können die Kosten Demjenigen, welcher sie veranlasst hat, nach dem im vorhergehenden Absatz bezeichneten Maassstab und Umfang durch ehrengerichtlichen Beschluss auferlegt werden, gegen welchen innerhalb 4 Wochen Beschwerde an den Ehrengerichtshof zulässig ist.

Art. 39. Den Aerztekammern wird das Recht verliehen, zur Bestreitung der zur Durchführung des gegenwärtigen Gesetzes erforderten Kosten Beiträge von ihren Mitgliedern zu erheben. Der Beschluss über die Höhe des Beitrags und über die Festsetzung des Beitragsfusses bedarf der Genehmigung Unseres Ministeriums des Innern. Die festgesetzten Beiträge sind innerhalb des ersten Quartals für das Kalenderjahr an die im folgenden Artikel bezeichnete Stelle einzuliefern.

Art. 40. An dem Sitz jeder Aerztekammer wird eine Kasse gebildet, welche der Beaufsichtigung des Vorstandes der Aerztekammer untersteht. Der Kassenführer wird von dem Vorstand der Aerztekammer gewählt.

In diese Kasse fliessen: 1. die Geldstrafen und die zum Ersatz kommenden Kosten (Art. 17 und 38), 2. die Beiträge der wahlberechtigten Aerzte des Aerztekammerbezirks, 3. die für bestehende Wohlfahrtseinrichtungen zu leistenden Beiträge, 4. die der Aerztekammer gemachten Zuwendungen.

Aus der Kasse werden bestritten: 1. die Verwaltungskosten der Aerztekammer einschliesslich der Tagegelder und Reisekosten der Mitglieder des Vorstandes, 2. die Kosten des ehrengerichtlichen Verfahrens, 3. ein Drittheil der Kosten des Verfahrens vor dem Ehrengerichtshof, soweit nicht eine Erstattung derselben stattfindet, 4. die Kosten der Kassen- und Rechnungsführung.

Art. 41. Der Kassenführer ist auf Anweisung des Vorsitzenden des Vorstandes der Aerztekammer zur Empfangnahme von Geldern und zur Ertheilung von Quittungen, sowie zu Zahlungen berechtigt, worüber der Kassenführer ordnungsmässige Aufzeichnungen zu machen und die Belege zu verzeichnen hat.

Der Kassenführer hat im Namen des Vorstandes die Einziehung der Geldstrafen und Kosten, sowie die nicht freiwillig gezahlten Beiträge der wahlberechtigten Mitglieder des Aerztekammerbezirks nach Maassgabe des Gesetzes vom 30. September 1893, das Verfahren der Zwangsvollstreckung im Verwaltungswege betreffend, zu besorgen.

Art. 42. Die Rechnungslegung hat alljährlich schriftlich zu geschehen. Der Vorstand der Aerztekammer hat die Rechnung alljährlich zu prüfen; etwaige Anstände sind durch den Rechner aufzuklären. Nach Erledigung der Anstände hat der Vorstand der Aerztekammer dem Rechner Entlastung zu ertheilen.

Art. 43. Die bei dem Ehrengerichtshof erwachsenden Kosten sind, insoweit erforderlich, vorlagsweise aus der für die Aerztekammer am Sitz des Ehrengerichtshofs errichteten Kasse zu bestreiten.

Die Abrechnung über die Gesammtkosten des Ehrengerichtshofs ist alsbald nach Jahresschluss für das vorausgegangene Kalenderjahr von dem Kassenführer aufzustellen und durch den Vorstand der Aerztekammer in Darmstadt den Aerztekammervorständen der beiden anderen Provinzen behufs Einsendung der auf sie entfallenden Kostenantheile zuzusenden.

VI. Schlussbestimmungen.

Art. 44. Die Bestimmungen dieses Gesetzes finden keine Anwendung auf die im Staats- oder Militärdienst stehenden Aerzte.

Gelangt an den Vorstand eines Kreisvereins oder an den Vorsitzenden eines Ehrengerichts eine Beschwerde über das Verhalten eines solchen Arztes, so hat er, ohne weitere Ermittelungen eintreten zu lassen, der vorgesetzten Dienstbehörde entsprechende Mittheilung zu machen.

Art. 45. Das Gesetz tritt am 1. Januar 1901 in Kraft. Unser Ministerium des Innern wird mit der Ausführung des Gesetzes beauftragt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 39. Jahreswoche vom 23. bis 29. September 1900.

Betheil. Aerzte 170. — Brechdurchfall 64 (57*), Diphtherie, Croup 31 (14), Erysipelas 10 (9), Intermittens, Neuralgia interm. — (2), Kindbettfieber — (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 9 (3), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 1 (—), Parotitis epidem. — (—), Pneumonia crouposa 9 (6), Pyaemie, Septikaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 11 (12), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 8 (3), Tussis convulsiva 15 (13), Typhus abdominalis 1 (1), Varicellen 8 (—), Variola, Variolois — (—). Summa 168 (121).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 39. Jahreswoche vom 23. bis 29. September 1900.

Bevölkerungszahl: 463 000.

Todesursachen: Masern — (2*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 3 (3), Rothlauf — (1), Kindbettfieber — (1), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 8 (15), Unterleibstyphus — (1), Keuchhusten 1 (1), Croupöse Lungenentzündung 1 (—), Tuberculose a) der Lungen 22 (25), b) der übrigen Organe 4 (6), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 4 (1), Unglücksfälle 3 (4), Selbstmord 2 (1), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 241 (246), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 27,1 (27,6), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 12,5 (13,0).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München — Druck von E. Mühlthaler's Buch- und Kunstdruckerei A.G., München.